

49 868

TRAITEMENT
DES
SUPPURATIONS PELVIENNES
DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.
TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES.
DU MEILLEUR MODE
DE FERMETURE DE LA PAROI ABDOMINALE.



618.13.23.8

TRAITEMENT
DES
SUPPURATIONS PELVIENNES
DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE,
TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES,
DU MEILLEUR MODE
DE FERMETURE DE LA PAROI ABDOMINALE.

PAR

Eugène DOYEN.



TIRÉ A PART DES *Archives Provinciales de Chirurgie*.

N° 10, OCTOBRE 1896, p. 565-638.

Avec 19 Figures dans le texte.

49.868

PARIS
INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE
14, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 14

—
1896

ARCHIVES PROVINCIALES de CHIRURGIE

Parusissant tous les 25 ans

FONDATEURS

1828	1838	1848
CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.
CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.
CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.
CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.
CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.
CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.
CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.
CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.
CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.	CHATELAIN, J. J.

REDACTEUR EN CHEF Monsieur SAUDOUX

TOME II
DEUXIÈME ANNÉE
Lyon — Librairie 1888

Ce volume de 500 pages renferme dans le texte et grande
taille des épreuves et 375 photographies en relief, dont
125 en noir et 225 en couleur, soit 5 la douzaine
de 5 par 1000 livres.

PARIS
MÉDECINE DES ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE
10, rue de la Harpe, 10
1888

618.13.23.8

TRAITEMENT

DES

SUPPURATIONS PELVIENNES

DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES.

DU MEILLEUR MODE

DE FERMETURE DE LA PAROI ABDOMINALE (1).

PAR

Eugène DOYEN.

Le traitement opératoire des suppurations péri-utérines est demeuré à l'ordre du jour depuis la communication de Péan, en août 1890, à l'Académie de Médecine et au Congrès de Berlin. Nous passerons en revue les trois méthodes concurrentes : 1° l'hystérectomie vaginale ; 2° la castration par la laparotomie ; 3° l'incision simple des foyers purulents.

618.14.837.7 [—13.23]

I. — Hystérectomie vaginale.

Segond se fit, dès 1890, le champion des idées de Péan et préconisa, comme procédé de choix, dans les cas de suppuration pelvienne, l'extirpation vaginale de l'utérus par la méthode du morcellement, après hémostase préventive.

Péan, à l'époque du V^e Congrès français de Chirurgie, n'avait pas encore publié ses observations. Il n'avait pas fait connaître la date de ses premières opérations. Et, lorsque, prenant la parole quelques instants après Segond, nous avons donné, le 1^{er} avril 1891, le résumé

(1) Communication au *Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique* de Genève. Septembre 1896.

de nos 18 premières observations d'hystérectomie vaginale pour lésions suppurées des annexes, nous avions le simple désir de prendre rang *avant Segond*, qui venait de se mettre en avant comme l'alter-ego de Péan, parmi les promoteurs de la nouvelle méthode.

C'est ainsi que nous avons fait connaître qu'en décembre 1887, c'est-à-dire deux ans et demi avant la première communication de Péan sur ce même sujet, nous avions imaginé de notre côté et sans connaître ses observations, encore inédites, d'appliquer l'hystérectomie vaginale au traitement des lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes, particulièrement dans les cas de lésions suppurées, et de substituer à la castration tubo-ovarienne de Hegar et Battey la castration totale par le vagin.

Les avantages de la voie vaginale nous semblaient tels qu'avant d'avoir jamais pratiqué de laparotomie pour salpingo-ovarite suppurée, nous avons attaqué de propos délibéré ces lésions par la voie vaginale, trouvant défectueux d'enlever, comme on le pratiquait par la laparotomie, les annexes seules, et de laisser en place la cause première du mal, l'utérus atteint de métrite infectieuse.

Il est aisé de constater, en parcourant le texte de notre communication du 1^{er} avril 1891, que nous n'avons jamais songé à réclamer à cette époque la moindre priorité pour l'hystérectomie vaginale dans les cas de lésions suppurées : ce que nous eussions certainement fait dès le mois d'août 1890, si Péan, au lieu de traiter suivant son habitude la question à un point de vue général et sans rien préciser, avait donné au Congrès de Berlin la date de sa première opération.

Segond, dans son rapport au Congrès de Gynécologie de Bruxelles (sept. 1892), aurait pu ne pas oublier de citer nos observations, et notre communication aurait dû d'autant mieux attirer l'attention du rapporteur que, parmi les orateurs inscrits à Paris en 1891 à propos de la discussion à l'ordre du jour, trois seulement : Péan, Segond et Doyen, s'étaient montrés, tout en préconisant deux méthodes opératoires bien distinctes, les partisans de l'hystérectomie vaginale.

C'est donc seulement à Bruxelles, le 13 septembre 1892, que Segond, demandant la parole à propos de notre communication et incriminant cette date du 3 décembre 1887 que nous venions de citer, nous reprocha vivement de réclamer trop tard une priorité qui ne saurait, disait-il, être enlevée à Péan.

Nous avons écouté avec un profond étonnement les paroles de Segond. Comment aurions-nous pu, sans connaître les dates des premières hystérectomies de Péan pour lésions péri-utérines suppu-

rées, réclamer la priorité sur un chirurgien d'une pratique aussi étendue et dont nous croyions les observations bien antérieures aux nôtres?

Il est facile de lire dans les compte-rendus du même Congrès (page 208, avant dernière ligne) que nous croyions en effet les premières opérations de Péan faites au cours de l'année 1886. Nous ne songions donc aucunement à réclamer la priorité. Notre communication de Paris étant demeurée inaperçue, nous tenions simplement à protester contre l'oubli fait par Segond; nous venions affirmer, pour la seconde fois, notre antériorité de près de trois ans sur les observations de Segond et déclarer que non seulement nous avions eu en 1887, avant qu'il n'ait fait aucune communication sur ce sujet, la même idée que Péan d'appliquer l'hystérectomie vaginale au traitement des lésions suppurées péri-utérines, mais que, dès cette époque, nous avions atteint ce but par une méthode opératoire originale, absolument différente de l'hystérectomie par morcellement, et très supérieure à cette dernière.

Segond nous apprit, en comparant les dates, jusqu'alors ignorées de tous, excepté de lui et de Péan, qu'en outre la priorité de l'opération nous appartenait sans conteste. Il n'y avait pas là matière à un reproche et le représentant officiel de la France à Bruxelles, s'il se refusait à adresser à un jeune collègue, Français comme lui, quelques félicitations, aurait eu meilleure grâce à garder le silence. Depuis, un de ses élèves a même tenté de contester nos premières observations: nous passerons sur ces mesquineries.

Les collègues qui ont participé à nos premières opérations, M. le D^r Decès, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Reims, et M. le D^r Seuvre, comme lui ancien interne des hôpitaux de Paris, sont les garants que non seulement nous avons fait notre première hystérectomie vaginale pour lésion suppurée des annexes de propos délibéré, et après discussion approfondie, mais que nous avons pratiqué nos premières hystérectomies vaginales de nous-même, sans avoir jamais assisté à aucune opération analogue faite par un autre chirurgien, et que, le 3 décembre 1887, lorsque nous avons appliqué notre procédé d'hystérectomie vaginale à la cure d'un cas grave de lésion péri-utérine suppurée, nous n'avions encore pratiqué aucune laparotomie pour lésion suppurée des annexes. Notre méthode était donc sans conteste une méthode originale.

La malade, Madame X..., habitant à Reims, place d'Erlon, âgée de 43 ans, et atteinte, après plusieurs poussées antérieures, d'ac-

cidents inflammatoires aigus, présentait une température de 40°. La présence du pus dans les annexes des deux côtés étant certaine et l'opération devant être bi-latérale, nous avons décidé de choisir la voie vaginale, que nous avons déjà employée avec succès dans un cas grave de périmétrite adhésive non suppurée.

La guérison nous semblait plus sûre en pratiquant la « castration totale », la castration « tubo-ovarienne » par la laparotomie ayant l'inconvénient de laisser en place l'utérus, atteint de métrite interne infectieuse, origine de la double ovarosalpingite suppurée.

Nous supprimions ainsi, contrairement à la méthode incomplète de Battey et de Hegar, à la fois et la cause et l'effet.

Nous avons fait cette opération en moins de trente minutes, par notre procédé, aujourd'hui bien connu, d'hémisection médiane de l'utérus, et nous avons extrait avec les doigts et des pinces à anneaux les poches tubo-ovariennes, l'une entière, l'autre après évacuation du pus, en totalité, après les avoir libérées de leurs adhérences intestinales multiples.

Les annexes à la vulve, nous avons placé au-dessus d'elles, de chaque côté, une seule de nos pinces à pression élastique sur chaque ligament large, et pratiqué leur section.

La guérison se fit sans encombre. Cette première opération (nous l'avons répétée dix-huit fois dans divers cas de lésions annexielles inflammatoires, en avril 1891, lors de notre communication au Congrès de Chirurgie de Paris), atteste donc à la fois :

1° Notre priorité de date, puisque l'intervention a été faite avant la première opération de Péan, et, de plus, de propos délibéré, après discussion entre plusieurs confrères ;

2° l'originalité de notre procédé opératoire.

Péan seul, par sa grande autorité, pouvait faire prévaloir une méthode nouvelle. Nous n'avions jamais songé qu'à opposer, avec observations à l'appui, à la méthode de Péan une méthode personnelle et originale, ayant, comme la sienne, fait ses preuves et méritant d'être mise en concurrence avec les procédés du chirurgien de Saint-Louis.

La question des dates est aujourd'hui jugée, et la priorité de l'opération nous appartient, grâce à Segond. Si l'équivoque a duré jusqu'en septembre 1892, Péan et Segond seuls en sont responsables, l'un pour n'avoir pas précisé, dès 1890, la date de sa première opération, le deuxième pour avoir négligé, en 1892, de prendre en considération notre communication de l'année précédente.

Discutons maintenant la valeur des procédés opératoires.

Les adeptes de la méthode de Péan ont cherché, dans un but trop évident, à faire prévaloir, pour l'hystérectomie en cas de lésion suppurée des annexes, le nom d' « Opération de Péan ».

Landau s'est fait en Allemagne le champion de cette idée (1). Nous croyons qu'il y a là une exagération et que, si Péan a eu, sans conteste, le mérite d'apporter à la nouvelle méthode l'appui de sa grande autorité, le nom d' « Opération de Péan » doit être réservé à l'hystérectomie vaginale pour lésion suppurée des annexes par la méthode du « morcellement après hémostase préventive ».

Je ne sache pas qu'en décidant une opération d'hystérectomie vaginale pour lésion inflammatoire des annexes, aucun chirurgien puisse affirmer dans tous les cas, sans exception, avant d'en avoir la preuve devant les yeux, la présence du pus. Aussi Péan et Segond les premiers ont-ils fait rentrer dans leurs statistiques, à côté des cas d'hystérectomie pour lésions réellement suppurées, les hystérectomies pour hémosalpinx et pour lésions inflammatoires simples.

Ce point étant bien déterminé, d'après les statistiques mêmes de Péan et de Segond et des adeptes de leur méthode, nous croyons que le terme « Opération de Péan » doit être donné non pas à toute hystérectomie vaginale pour lésions inflammatoires des annexes, mais bien à la seule hystérectomie vaginale faite par la méthode décrite par Péan depuis le mois d'août 1890 dans diverses communications.

L' « Opération de Péan » est l'hystérectomie vaginale par morcellement, avec forcipressure préventive de l'étage inférieur des ligaments larges, section bilatérale du col, résection des valves cervicales antérieure et postérieure ainsi obtenues, et ainsi de suite jusqu'à extraction complète de l'utérus,

L'Opération de Doyen consiste, au contraire, à ouvrir d'abord le cul-de-sac péritonéal postérieur, à décoller, s'il y a lieu, de ses adhérences, la face postérieure de l'utérus, puis à extraire l'organe en l'inversant à la vulve, après hémisection médiane de sa paroi antérieure, et, à sa suite, les annexes. L'hémostase est inutile au cours de l'opération. La forcipressure des ligaments larges n'est pratiquée qu'à la fin de l'opération, au dessus des annexes.

Nous avons donc en présence, pour le traitement opératoire des suppurations pelviennes, deux procédés opératoires bien distincts : l'un, celui qui a la priorité comme date, le procédé de Doyen ; l'autre, le procédé de Péan.

(1) Nous verrons plus loin la rectification que nous a demandée Landau, à ce sujet, quelques jours après le Congrès de Genève.

L'Opération de Péan doit-elle l'emporter sur l'Opération de Doyen ? Telle est la question. Nous ne le croyons pas.

La méthode de Péan est une méthode à la fois aveugle et hésitante. Péan commence par isoler le col de la muqueuse vaginale. Il applique de chaque côté, sur les artères utérines, une pince à forcipressure, pratique la section bilatérale du col, et résèque les deux valves ainsi obtenues. Le tissu utérin saisi à l'aide de nouvelles pinces à griffes et isolé des tissus voisins, Péan place de chaque côté du moignon cervical deux nouvelles pinces à forcipressure, le sectionne transversalement, résèque les deux nouveaux lambeaux, et ainsi de suite jusqu'à l'extraction du fond de l'organe. Existe-t-il des adhérences profondes, des poches purulentes intra-péritonéales ou annexielles, ces poches se trouvent ouvertes progressivement. Le pus s'écoule à la vulve et, fragment par fragment, l'opérateur extirpe le tissu utérin et ce qu'il peut des annexes.

L'opération terminée, le vagin se trouve bourré de 8, 10, 15, 30, et jusqu'à 40 ou 50 pinces, pour la plupart inutiles. Souvent Péan a laissé également des éponges montées, se trouvant impuissant à arrêter, à la fin de l'opération, malgré cet abus de pinces, une hémorrhagie dont la source se trouvait inaccessible.

L'un des moindres inconvénients de l'opération de Péan est d'être une opération radicale entre toutes, puisque, avant même d'avoir pu pratiquer l'exploration de la cavité pelvienne, la moitié inférieure de l'utérus, sa presque totalité même se trouvent réséqués. Dès que Péan prend le bistouri, le sacrifice de l'utérus est décidé. Peu importe si, l'utérus à la vulve, on s'aperçoit que les trompes et les ovaires sont sains et que la femme a subi une mutilation inutile. Que de femmes ont subi l'ablation vaginale de l'utérus sain, alors qu'elles étaient atteintes d'appendicite ou de troubles gastriques, que l'on prétendait ainsi guérir !

S'agit-il d'un utérus enclavé au milieu d'adhérences pelviennes, entouré de poches purulentes intrapéritonéales tubaires ou ovariennes ; le col réséqué, l'opérateur, qui s'est privé sans raison plausible du meilleur guide pour mener à bien l'opération, extirpe, morceaux par morceaux, ce qu'il peut atteindre de l'utérus.

Si, par malheur, la vulve est étroite, si le fond de l'utérus est haut fixé, plus l'opération se prolonge et plus le champ opératoire, encombré de pinces, devient à la fois exigu et profond. Bien heureux si, au bout de trois quarts d'heure, d'une heure, de deux heures et plus de ces manœuvres pénibles, le chirurgien arrive à ouvrir les poches

purulentes pelviennes, laissant dans le bassin la plus grande partie des annexes et souvent des fragments des cornes et du fond de l'utérus. Encore un coup de bistouri et l'opérateur, heureux d'extraire un nouveau fragment, amène triomphalement à la vulve un fragment de la vessie ou quelques décimètres d'intestin.

Opération laborieuse entre toutes, aussi pénible pour le chirurgien que pour la patiente, qui subit sous forme de shock le contre-coup de ces manœuvres brutales et prolongées : telle est l'opération de Péan. Et ne croyez pas que nous exagérions. L'opération de Péan peut être complète dans les cas très simples. Dans les cas difficiles, elle demeure forcément incomplète et inachevée. C'est alors, non pas même une *castration utérine* simple, comme l'a d'abord proposée Péan, jugeant inutile d'enlever les annexes, mais une « hystérectomie sans hystérectomie », ainsi qu'on l'a spirituellement dénommée.

Quant aux lésions de la vessie, de l'uretère, de l'intestin, on ne les compte plus. On a généralement omis de les signaler ; et, de même que nous avons examiné, entre autres, une femme qui, se croyant opérée par un élève de Péan d'ablation totale de l'utérus et des annexes et souffrait plus que jamais, avait à peine subi une extirpation partielle du col, de même Péan, dans ses statistiques d'hystérectomie totale pour fibromes, a compté au nombre de ces opérations de simples énucléations de polypes muqueux, sans incision ni résection du col utérin. Il est donc impossible de se baser, au point de vue des résultats, sur les chiffres publiés, pour se rendre compte : 1° des accidents immédiats, imputables au manuel opératoire ; 2° de la mortalité réelle de l'opération de Péan.

Notre manuel opératoire est bien différent. Dès 1887, comme en témoignent nos photographies, publiées dans un mémoire antérieur, nous avons réglé les grandes lignes de notre procédé d'hystérectomie.

Le col saisi de chaque côté par une pince à griffes, nous incisons avec des ciseaux mousses (jamais nous n'employons comme Péan le bistouri) le cul-de-sac vaginal postérieur (*Fig. 1*). Le péritoine est ouvert, s'il est libre, du 2^e au 3^e coup de ciseaux. Il s'écoule alors 20 à 25 grammes de sérosité citrine, normale chez la femme.

L'index droit, introduit dans la boutonnière séreuse, explore la face postérieure de l'utérus ainsi que les annexes, et s'il existe des adhérences partielles, les détruit aussi haut que possible (*Fig. 2*). Ceux qui n'ont pas employé notre procédé ne peuvent savoir combien, par une simple boutonnière du cul-de-sac de Douglas, il est aisé d'explorer en quelques instants la face postérieure de l'utérus, le fond de cet organe et les annexes des deux côtés. L'index, circonscrivant, s'il en existe, les poches tubo-ovariennes, les isole jusqu'au voisinage de l'épine

iliaque antéro-supérieure et même de l'ombilic. Si le Douglas est oblitéré par des adhérences inflammatoires, l'index, suivant de la pulpe la face postérieure de l'utérus, décolle ce dernier des tissus sous-jacents, et peut, le plus souvent, en atteindre puis en franchir le fond et les cornes, accessibles, à moins d'une hypertrophie assez rare en pareil cas, pour un chirurgien de quelque expérience.

L'exploration du petit bassin terminée et quelques-unes des poches retro-utérines ou latérales se trouvant évacuées à la vulve au cours de ces manœuvres, il est aisé de décider, en toute connaissance de

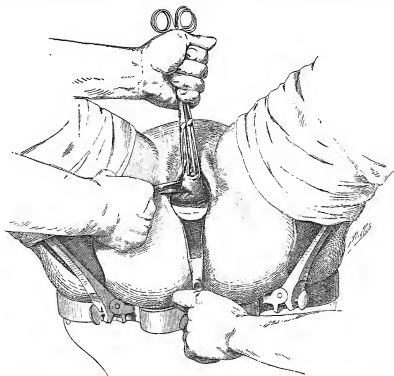


Fig. 1. — Hystérectomie vaginale pour lésions inflammatoires (Procédé de Doyen). — Premier temps. — Incision du cul-de-sac postérieur du vagin.

cause, si la castration utéro-ovarienne ou, comme nous l'avons dénommée le premier, la « *castration totale* » doit être effectuée. L'opération radicale décidée, le col est attiré en bas, l'écarteur porté en avant, et nous complétons avec les ciseaux mousses, sur les côtés et en avant du col, la section de la muqueuse vaginale (Fig. 3).

La vessie est décollée avec l'index droit aussi haut et aussi latéralement que possible. L'utérus est alors isolé en avant et en arrière de toute connexion avec les organes voisins. Le col s'abaisse aussitôt au voisinage de la vulve. Nous pratiquons l'hémisection de sa paroi antérieure (Fig. 4). Bientôt apparaît le cul-de-sac péritonéal

antérieur, appliqué à la face antérieure de l'utérus. Nous l'incisons largement (*Fig. 5*). L'hémisection médiane est prolongée sur le corps de l'organe, qui, attirant à sa suite les anses intestinales ou l'épiploon adhérents, souvent l'S iliaque, parfois l'appendice vermiculaire et le cœcum, s'abaisse peu à peu et apparaît entièrement au-dessous de l'écarteur. L'isolement du fond de l'utérus se fait aisément, sous les yeux mêmes des spectateurs, et l'opération se termine d'autant mieux qu'aucune pince vaginale n'encombre le champ opératoire. Le corps de l'utérus, entr'ouvert, pend à la fourchette (*Fig. 7*) ; en aucun cas, nous n'avons

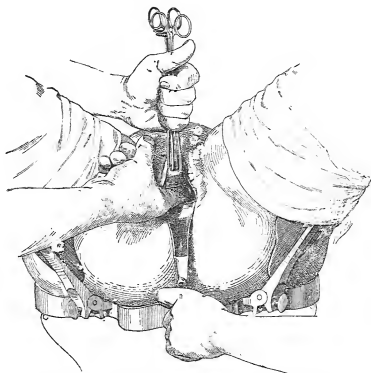


Fig. 2. — Exploration digitale de l'utérus, des annexes et de la cavité pelvienne. — Décollement, s'il y a lieu, des adhérences retro-utérines et des poches tubo-ovariennes.

jugé utile ou avantageux, comme le pratiquent quelques-uns, d'achever sa section en deux moitiés latérales. Nous reconnaissons, de l'index, la pulpe tournée vers les annexes à explorer, les tumeurs des deux côtés, et nous commençons l'extirpation par les plus accessibles, les gauches de préférence. Nous serrons, à cet effet, entre les mors d'une pince à anneaux ce qui peut être saisi des trompes et, par des tractions modérées, combinées à l'action de l'index et du médus, qui, après avoir rompu progressivement les adhérences, atteignent bientôt la partie supérieure des annexes et les luxent à la vulve,

nous pratiquons l'extirpation complète des poches tubo-ovariennes. S'il existe des kystes séreux ou purulents trop volumineux, il est facile de les évacuer à la vulve au cours de ces manœuvres. Il est exceptionnel que l'extraction des annexes ne soit pas complète. Celle de l'utérus l'est toujours, grâce à la simplicité de notre méthode.

Les poches tubaires lardacées, si elles sont trop volumineuses, sont extraites en inversion à la suite de l'utérus, grâce à plusieurs sections en V comme nous les pratiquons dans les cas de fibromes (*Fig. 8*).



Fig. 3. — Deuxième temps. — L'ablation de l'utérus est décidée. — Incision de la demi-circonférence antérieure du vagin (cul-de-sac vaginal antérieur).

Nous appliquons alors au-dessus des annexes, sur chaque ligament large, de haut en bas, une grande pince à mors élastiques (*Fig. 9*), puis, soit au-dessus, soit au-dessous, une petite pince, dite de sûreté ou de renfort et nous tamponnons le vagin jusqu'à la boutonnière péritonéale, où se trouvent exactement les extrémités des mors de nos grandes pinces, avec une ou deux compresses de gaze stérilisée (*Fig. 10*).

La grande pince est enlevée au bout de quarante heures ; les petites, huit ou dix heures plus tard ; la gaze, le troisième ou le quatrième

jour. Le cinquième jour seulement, à moins d'indications spéciales, les injections vaginales sont largement pratiquées, au nombre de cinq à six par vingt-quatre heures.

Quels sont les résultats de cette méthode ?

Notre statistique intégrale nous donne, avant décembre 1893, 7,5 % d'insuccès, pour les lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes et, depuis ce temps 2,1 %. Et, comme il est facile de le constater sur nos registres, tenus au jour le jour, nous n'avons pas

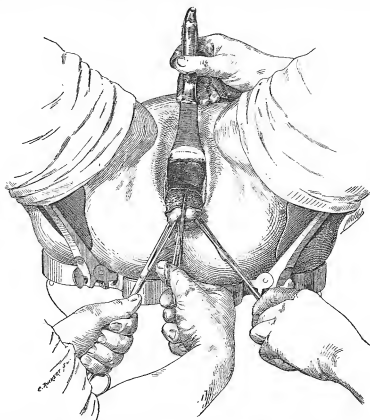


Fig. 4. — La vessie est décollée. — Incision longitudinale médiane de la paroi antérieure du col.

eu besoin de supprimer, pour obtenir ces chiffres, sous prétexte de décès, de cause extra-opératoire, de prétendus étranglements internes ou de prétendues pneumonies, où il ne faut voir le plus souvent que des accidents septicémiques directs. Ces détails sont loin d'être superflus.

Toutes nos séances opératoires ont lieu devant plusieurs confrères français. Beaucoup de collègues étrangers nous ont honoré de leur visite. Tous ont pu vérifier nos assertions : un utérus très adhérent

avec ovaro-salpingite suppurée bitatérale de moyen volume s'enlève, par notre méthode, en six à huit minutes. Depuis plus d'un an, nous n'avons pas dépassé, dans les cas les plus compliqués, le temps de quinze minutes, y compris la forcipressure et la section des ligaments larges.

Dans un de ces cas, l'utérus était immobilisé très haut et le col, à peine accessible, ne pouvait être abaissé de dix millimètres sous l'influence des tractions les plus violentes. La face postérieure de

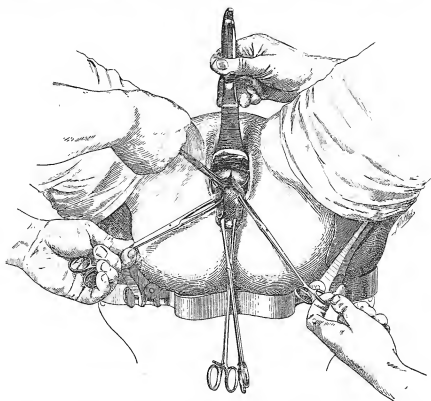


Fig. 5. — Prolongation de la section médiane du corps de l'utérus et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur. — Application des pinces à griffes sur les lèvres de la section utérine.

l'utérus isolée, ainsi que la vessie, le col apparut à la vulve. Au bout de trois minutes, l'utérus était extrait. Les annexes gauches, énormes, adhéraient à l'intestin et furent extraites en bloc. Les annexes droites, du volume des deux poings, remontaient presque à l'ombilic et amenèrent à leur suite le cœcum et l'appendice vermiculaire, qui en furent isolés sous les yeux de tous. Aucun accident opératoire ; guérison apyrétique.

Second qui, sans avoir jamais pris la peine de nous voir opérer, reconnaît notre procédé d'hystérectomie vaginale très supérieur à

celui de Péan dans les cas simples, prétend ce dernier seul applicable dans les cas difficiles et compliqués d'adhérences. Nous ne pouvons accepter le jugement de Segond.

Dans les cas simples, on enlève par notre méthode en 3, 4, 5, 6 ou minutes des utérus que Péan et ses élèves extirpent à grande peine en un quart d'heure, une demi-heure et plus.

Dans les cas difficiles, nous menons à bien en 10, 12 et 15 minutes, avec extirpation complète des annexes, des interventions où, par la méthode de Péan, on ne sait pas encore, au bout d'une heure et demie, quand on pourra entrevoir la fin de l'opération.

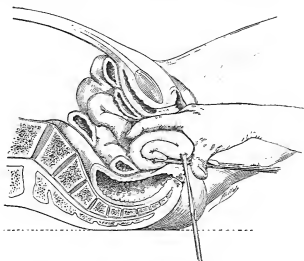


Fig. 6. — Coupe longitudinale antéro-postérieure indiquant la manœuvre digitale destinée à explorer, au cours de l'opération, les parties encore inaccessibles du fond de l'utérus et à en faciliter l'abaissement.

Presque tous les confrères qui ont assisté à nos séances opératoires nous ont vu pratiquer successivement 6, 8 et 10 opérations, et souvent, après 3 ou 4 laparotomies, 4, 5 ou 6 hystérectomies vaginales. Presque tous ont également suivi les opérations de Péan et de Segond. Tous ont pu se convaincre que le peu de durée de nos hystérectomies vaginales dépendait exclusivement de la perfection et de la simplicité de notre manuel opératoire. La position même de la malade, qui, chez nous, a le bassin légèrement luxé en avant et l'axe du vagin horizontal, au lieu de se trouver dans la position de Segond, les jambes pliées sur les cuisses et les cuisses sur l'abdomen, est remarquablement favorable à l'extraction de l'utérus et des annexes.

L'opération, loin de se faire à l'aveugle, peut être suivie par 10 ou 15 spectateurs. Aussi, presque tous les chirurgiens qui ont assisté à nos opérations ont-ils définitivement abandonné la méthode de Péan.

Ceux qui faisaient avec peine, par la méthode de Péan, une hystérectomie pour suppuration pelvienne en une heure ou une heure et demie, la terminent par notre procédé en 15 ou 20 minutes.

L'opération de Péan offre d'ailleurs les mêmes inconvénients, dans les cas de suppuration pelvienne, que présente, dans les cas de fibromes utérins, sa méthode d'hystérectomie par morcellement central conoïde, après hémostase préventive.

Péan encombre le champ opératoire d'instruments inutiles, et, dès le début de l'opération, sacrifie le col, que nous conservons, au con-

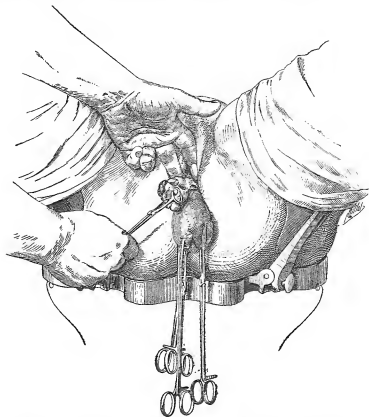


Fig. 7. — L'utérus est à la vulve. — Extraction des annexes gauches.

traire, comme le guide le plus précieux, au cas où, les pinces supérieures ayant lâché tout à coup, le fond de l'utérus vient à fuir dans la profondeur. N'avons-nous pas les lèvres de notre section médiane, qu'il nous suffit de suivre de nouveau de bas en haut, pour ressaisir le fond de l'organe, tout en conservant, dans les cas les plus difficiles, une notion exacte des rapports de l'utérus et des organes voisins. Enfin, et cet argument n'est pas l'un des moindres, jamais, sur plusieurs centaines de cas d'hystérectomie pour lésions inflam-

matoires souvent suppurées, il ne nous est arrivé de blesser ni la vessie, ni les uretères, et une seule fois nous avons eu une petite déchirure de l'intestin grêle, dans un cas de poches purulentes multiples fistuleuses.

Impossibilité presque absolue de blesser l'uretère, la vessie ou l'intestin, durée beaucoup moindre de l'opération, perte de sang minime ou nulle, et par suite, moins de chance de shock : tels sont les avantages réels de notre méthode.

Tous les chirurgiens qui, après avoir assisté à plusieurs de nos

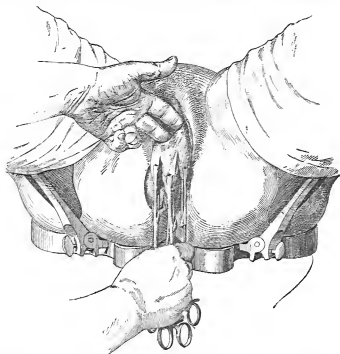


Fig. 8. — Extraction par incision en V d'une poche tubaire volumineuse.

opérations, si simples et si rapides, voient de nouveau opérer Péan ou Segond, avec ce luxe d'aides et d'instruments superflus, se rendent compte que, dans des interventions aussi prolongées et aussi laborieuses, l'opérateur se crée à lui-même des difficultés tout artificielles et perd un temps précieux à des manœuvres inutiles. Que peut-on bien faire durant 3 ou 4 heures dans le vagin, sinon contusionner ou blesser la vessie, les uretères ou l'intestin ?

Nous rappelons que nous opérons avec un seul assistant : ce qui, à notre avis, est une double condition de rapidité et de succès.

Opérer vite, bien et simplement, tel a toujours été notre objectif. La méthode si compliquée de Péan, cette mise en scène presque

théâtrale que tout le monde connaît, sont les moindres critiques qu'on puisse adresser à l'inventeur de l'hémostase préventive et du morcellement, dont la méthode, déjà surannée, ne conservera que peu de temps encore l'intérêt purement rétrospectif que nous lui concédons aujourd'hui.

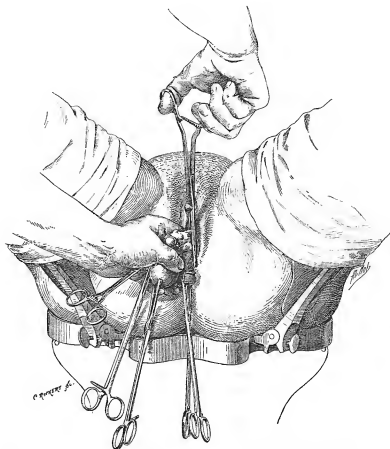


Fig. 9. — Application sur le ligament large gauche, de haut en bas, de la première pince à mors élastiques.

[II. — Castration par la laparotomie.

A. Castration tubo-ovarienne.

618.11.827.7[—13.23]

Passons à la laparotomie. Nous avons pratiqué 80 fois environ l'extirpation des annexes par la laparotomie. Ce chiffre témoigne de notre prédilection pour la voie vaginale.

La laparotomie est indiquée chaque fois qu'il existe des tumeurs

annexielles très volumineuses, atteignant ou dépassant l'ombilic, et particulièrement dans les cas où le diagnostic de tuberculose péritonéale est probable.

La limite à assigner entre les tumeurs annexielles inflammatoires justiciables soit de la laparotomie, soit de l'hystérectomie vaginale, variera toujours quelque peu suivant l'expérience et l'habileté manuelle de chaque opérateur.

Y a-t-il quelque doute ? Les instruments doivent être prêts pour l'un ou l'autre mode d'intervention. Un dernier examen, pratiqué sous le chloroforme, permet au chirurgien de décider en dernier

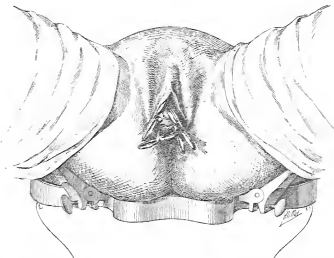


Fig. 10. — Aspect de la vulve après l'application des pincettes à mors élastiques et le tamponnement du vagin.

ressort, et de choisir la voie qui lui paraît offrir entre ses mains le plus de chance de succès.

Le chirurgien se trompera rarement s'il est guidé non pas par le seul désir de faire prévaloir telle ou telle méthode, mais bien par l'intérêt de la patiente.

Nous n'avons pas à nous étendre sur le manuel opératoire bien connu de l'extirpation des annexes par la laparotomie. La position de Trendelenburg, inutile dans les cas simples, où les poches tubaires ou ovariennes peuvent être enlevées intactes et sans rupture, est défectueuse chaque fois qu'il faut évacuer au dehors de grandes quantités de pus, et particulièrement dans les cas où le pus, si souvent infertile, contient au contraire le streptocoque ou le bactérium coli.

La position de Trendelenburg expose à la contamination des régions supérieures du péritoine, devenues déclives, et où l'introduction d'une seule goutte de pus virulent peut être le point de départ d'une infection suraiguë. Nous opérons dans le décubitus dorsal horizontal, placé à droite de la malade.

Se présente-t-il quelque suture ou ligature difficile au fond de la cavité pelvienne ? Le mécanisme de notre lit d'opérations nous permet de disposer en un instant, en déplaçant uniquement le chloroformisateur, la patiente dans la position déclive de Trendelenburg.

Nous sectionnons au thermocautère le pédicule avant de le réduire. Les désordres pelviens sont-ils considérables ? Nous isolons par quelques sutures rétro-vésicales pelviennes et mésentériques le petit bassin de la grande cavité péritonéale ; parfois cette cavité inférieure est temporairement bourrée de gaze stérilisée. Cette gaze fait saillie à l'extrémité inférieure de l'incision pariétale, que nous laissons entr'ouverte, après avoir pris soin de fermer exactement le péritoine au-dessus.

B. Castration totale.

618.14.8271.7[-13.23]

Il est aisé d'enlever, par la laparotomie, comme nous l'avons déjà pratiqué en 1892 et proposé au Congrès de Bruxelles, grâce à notre procédé d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes, l'utérus en même temps que les annexes, en refermant le vagin. Si la malade est très affaiblie, il faut toutefois savoir s'arrêter à temps et ne pas compromettre le succès par une intervention plus grave et sans utilité immédiate.

Il sera temps encore, s'il persiste après la castration tubo-ovarienne des accidents utérins, de faire l'hystérectomie vaginale, simplifiée par l'ablation antérieure des annexes.

III. — Incision simple des poches purulentes.

A. — Par la voie vaginale.

618.13.83.7[-13.23]

L'extirpation des annexes par la laparotomie d'une part, l'hystérectomie vaginale de l'autre, ont tout d'abord tellement passionné les chirurgiens, que c'est à peine si, au premier Congrès de Gynécologie en 1892, à Bruxelles, quelques voix, et particulièrement celle de Laroyenne (de Lyon), se sont élevées en faveur de la chirurgie conservatrice.

Nous avons rappelé, à propos de la méthode de Laroyenne, que Bernutz, bien avant lui, opérait de même à l'aide du trocart, et nous n'avons combattu le procédé du trocart que pour préconiser, à l'exemple de Bouilly, une méthode plus chirurgicale et moins aveugle : l'incision large du cul-de-sac postérieur et des poches adjacentes. Cette incision vaginale simple des poches péri-utérines, nous l'avons pratiquée assez souvent. N'est-elle pas, en quelque sorte, un des temps de notre méthode d'hystérectomie vaginale. Nous ouvrons tout d'abord le cul-de-sac de Douglas, oblitéré ou non, et nous explorons la face postérieure de l'utérus. S'il existe une ou plusieurs poches purulentes ou sanguines volumineuses, le doigt les ouvre aisément, sinon les ciseaux mousses. S'écoule-t-il une grande quantité de pus, nous préférons éponger simplement les poches et les tamponner, pour remettre à une date ultérieure l'hystérectomie vaginale, qui, dans certains cas, comme le démontrent les observations de Bernutz, de Laroyenne et les nôtres, n'est pas nécessaire.

Notre procédé d'hystérectomie vaginale est donc à volonté, soit une opération simplement exploratrice, au même titre qu'une laparotomie exploratrice ; soit une opération conservatrice : incision simple des poches péritonéales ou tubo-ovariennes ; soit enfin une opération radicale, et, chez de jeunes femmes, nous avons à diverses reprises pratiqué par l'incision du cul-de-sac postérieur, après avoir vérifié l'intégrité des annexes du côté opposé, l'extirpation unilatérale simple des annexes malades, en laissant en place l'utérus.

Notre procédé vaginal permet donc, à l'encontre de l'Opération de Péan, qui mutile d'emblée l'utérus :

1° De vérifier le diagnostic par l'exploration digitale du petit bassin ;

2° De pouvoir, suivant les indications qui peuvent surgir au cours de cette exploration, se contenter de l'incision simple des poches péri-utérines ou de l'extirpation unilatérale des annexes, méthode précieuse chez une jeune femme souffrant, par exemple, d'un hémosalpinx simple ou suppuré, sans lésions de la trompe opposée.

Péan, comme nous l'avons vu, sacrifie au contraire l'utérus dès le début de l'opération, tout en s'exposant à laisser, faute d'un manuel opératoire suffisant, l'intervention inachevée.

L'incision simple des poches péri-utérines par le vagin est donc l'opération de choix dans un certain nombre de cas bien déterminés, chez des jeunes filles, par exemple, ou chez de jeunes femmes chez lesquelles la castration totale ne doit être tentée que comme suprême ressource. Ce mode d'intervention est encore le meilleur

dans les cas de poches purulentes pelviennes très volumineuses, où l'état général de la patiente est assez mauvais pour contr'indiquer une opération plus laborieuse, qui pourrait exposer un organisme débilité et sans résistance à une infection péritonéale rapidement mortelle.

B. — *Par la voie abdominale.*

618.12.88.7 [— 13.23.]

a). *Incision médiane.* — L'incision simple des poches peut se faire également par la laparotomie, toujours préférable à la voie vaginale quand l'affection affecte une forme nettement abdominale. Il faut alors inciser au-dessus du pubis. La laparotomie médiane est généralement indiquée, le plastron sous-ombilical s'étendant le plus souvent des deux côtés. Parfois, si l'induration est unilatérale, et si, comme nous l'avons observé, il est impossible de faire le diagnostic différentiel entre une collection purulente intra-péritonéale ou sous-péritonéale, l'incision doit être faite de préférence parallèlement à l'arcade de Fallope.

Le diagnostic exact du siège de la suppuration ne peut le plus souvent être fait que *de visu*.

Tout récemment appelé à opérer d'urgence, dans un village, une jeune fille de 16 ans, atteinte de suppuration pelvienne, et dont la mère avait été guérie, peu de temps auparavant, d'une hématoçèle rétro-utérine, par l'incision vaginale simple, pratiquée avec succès par notre ami M. le Dr Rebière, nous avons constaté au palper l'existence d'un plastron sous-ombilical énorme, s'étendant à gauche vers le rein. Le cul-de-sac postérieur était envahi, l'utérus immobilisé. L'affection ayant débuté brusquement à la fin des règles, six semaines auparavant, le diagnostic rationnel était celui ou d'hématoçèle ou d'hémosalpinx double suppuré.

Bien que certains gynécologistes aient cru, dans ces dernières années, devoir contester la possibilité d'hématoçèles intra-péritonéales vraies, l'irrégularité des limites supérieures du plastron sus pubien, son extension anormale vers le rein gauche et son étendue considérable nous firent porter le diagnostic d'hématoçèle intra-péritonéale suppurée.

L'incision médiane sus-pubienne nous conduisit directement sur une poche à parois lardacées et œdémateuses, d'une épaisseur de 15 à 20 millimètres, et contenant près de deux litres de pus.

La cavité, limitée en bas par l'utérus et les annexes, englobés dans un tissu analogue, était fermée en haut par les anses intestinales et l'épiploon, comme il fut aisé de nous en assurer en prolongeant en haut de quelques centimètres l'incision pariétale, afin de nous assurer

qu'aucune goutte de pus n'avait infecté la grande cavité péritonéale. Nous avons laissé les trompes et les ovaires, l'indication opératoire étant la guérison du foyer suppuré. Nous avons pratiqué plusieurs fois des interventions analogues, avec plein succès. Généralement, dans ces cas, la guérison est définitive, et il n'est pas ultérieurement nécessaire de faire l'hystérectomie vaginale.

b). *Incision latérale.* — Parmi plusieurs exemples d'incisions latérales, nous citerons un cas de salpingite ou d'hématocèle suppurée unilatérale, et un cas de kyste dermoïde suppuré de l'ovaire ou du ligament large, opérés avec succès, quoique l'intervention ait été faite presque *in extremis*, par la simple incision. La tumeur tubaire ou ligamentaire suppurée est, en effet, entourée d'adhérences et, en pareil cas, l'opération se termine en deux ou trois minutes, sans présenter plus de gravité que l'incision d'un phlegmon iliaque d'origine ligamentaire. La seule différence, au point de vue du manuel opératoire, est que, au lieu d'atteindre le foyer suppuré entre l'aponévrose iliaque et la séreuse, il faut, après avoir incisé le muscle transverse, inciser aussi le péritoine, à l'intérieur duquel se trouve, soit le foyer purulent enkysté au milieu d'adhérences inflammatoires, soit la poche tubaire, ovarienne ou ligamentaire, elle-même circonscrite par des adhérences.

Ces dernières n'existeraient-elles pas, l'incision latérale n'offre en pareil cas aucun inconvénient et la poche unilatérale peut être tout aussi bien évacuée, et, s'il y a lieu, extraite par cette voie que par la laparotomie médiane.

IV. — Conclusions.

Les opérations conservatrices ont, chez les jeunes femmes, une importance indéniable, et la grossesse peut survenir ultérieurement, comme nous l'avons observé chez une malade, opérée quatre semaines après ses couches, par l'incision vaginale, de plusieurs foyers purulents péri-utérins à streptocoques. Cette malade, douée d'une résistance vitale exceptionnelle, avait une température vespérale de 41° depuis quinze jours, sans localisation streptococcique appréciable, et présentait autour du col, un véritable chémosis de la muqueuse vaginale.

La situation nous semblait désespérée, lorsque, percevant au toucher de petites tumeurs péri-utérines, nous décidâmes de pratiquer sur le champ l'incision de ces foyers. Le col saisi entre les mors de deux pinces à griffes, nous incisons la demi circonférence postérieure du cul-de-sac vaginal et nous évacuons, en arrière et sur les côtés de l'utérus, plusieurs petits foyers de pus à streptocoques, que nous bourrons de gaze antiseptique. L'intervention dura cinq minutes. La malade guérit

après avoir présenté durant près de 6 mois une paralysie des muscles extenseurs des deux jambes, assez analogue comme localisation à ce qu'on observe dans la paralysie infantile. Elle a eu depuis une nouvelle grossesse, qui s'est terminée sans le moindre accident.

Ces observations témoignent que les suppurations péri-utérines, si variables dans leurs localisations et leur modalité, ne sauraient être, comme l'ont soutenu à tort Péan et Segond, justiciables d'un seul et unique traitement opératoire.

L'intervention s'impose; elle doit être aussi rapide que possible, dans les cas aigus particulièrement. Mais il est inexact que l'hystérectomie vaginale soit la seule méthode rationnelle. Pourquoi vouloir refuser aux suppurations pelviennes de pouvoir guérir, comme tant d'autres abcès, par la simple incision, suivie de la désinfection et du tamponnement du foyer? Tout en considérant l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes ou mieux, comme nous l'avons dénommée, *la castration vaginale totale*, comme l'opération la plus souvent indiquée dans les cas de suppuration péri-utérine, nous sommes d'avis que, dans certains cas bien déterminés et que les cliniciens devront étudier avec soin, il faut lui préférer, dans l'intérêt même des malades et pour réduire au minimum les chances d'insuccès, soit l'extirpation des annexes, suivie ou non suivie de l'extirpation de l'utérus, par la laparotomie, soit l'incision simple des poches.

La question des suppurations péri-utérines nous semble donc aujourd'hui suffisamment élucidée au point de vue des indications opératoires et nous n'avons plus qu'à attendre, pour réduire à néant la mortalité déjà si faible que nous avons aujourd'hui, la découverte de nouveaux sérums chimiotaxiques et antitoxiques, qui nous permettront d'obtenir la guérison des malades épuisées par des accidents septicémiques d'ancienne date et incapables d'une réaction suffisante pour seconder les efforts du chirurgien.

V. — Quelques observations à propos des réponses de Péan et Segond (1).

Péan et Segond, dans les répliques qu'ils ne pouvaient manquer de nous adresser, nous ont taxé d'*inexactitudes* sans nombre. Certains journaux, comme la *Médecine moderne*, se sont même contentés d'imprimer les réponses de Péan et de Segond, et ont jugé bon, afin, sans doute, de mieux éclaircir la question, de supprimer notre communication. Le temps suffisant pour une réponse documentée n'ayant

(1) Article inédit.

pu nous être accordé aux séances du Congrès, nous avons cru nécessaire de la rédiger et de la publier dans ce journal, pour dissiper, en produisant des documents écrits, toute équivoque.

Nous allons donc démontrer :

1° Que nous n'avons pas donné d'arguments inexacts et que cette critique devrait être plutôt retournée contre Péan et Segond ;

2° Que toute cette querelle, dont on nous a injustement accusé d'être l'auteur, *est doublement imputable à Segond*, qui nous a, sans raison et sans prétexte plausible, accusé de réclamer contre Péan la priorité de l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, et à *Péan*, qui s'obstine à vouloir absorber toute la chirurgie et à faire rentrer, dans sa méthode générale « d'hémostase préventive et de morcellement » les procédés même qui en sont la plus directe critique.

I. *Inexactitude des Statistiques de Péan.*

Nous avons dit qu'il ne fallait pas ajouter foi aux statistiques de Péan. Citons quelques chiffres. Péan, dans la préface du livre de Secheyron, écrivait le 13 août 1888, à propos de l'hystérectomie abdominale :

« Il nous a paru tout d'abord justifié d'enlever par l'abdomen de « grosses tumeurs utérines ; malgré toutes nos précautions, notre « statistique n'est guère favorable (33 % de mortalité) ; elle est, du reste, « en tous points semblable à celles des meilleurs opérateurs dont se « vantent à bon droit tant les Anglais et les Américains que nos voi- « sins d'Outre-Rhin. »

En avril 1893, au Congrès de Chirurgie de Paris, Péan cite 200 hystérectomies abdominales, opérées depuis 1868, avec 170 succès et 30 insuccès, soit 15 %, au lieu de 33 %. Sur 50 fibromes opérés par la voie mixte abdomino-vaginale, la mortalité s'est abaissée, dit-il, à 2 % (p. 26). Sur plus de 300 fibromes interstitiels et sous-péritonéaux du corps de l'utérus, opérés par la voie vaginale, depuis l'année 1882 jusqu'à janvier 1883, Péan signale également 2 % de mortalité.

« Ces résultats favorables, ajoute Péan, sont dus sans contredit au « pincement des ligaments larges et au morcellement des tumeurs, « méthode dont nous ne cesserons de réclamer la priorité, malgré les « tentatives grossières qui, le croirait-on, sont faites encore aujour- « d'hui pour nous la disputer. » (*Congr. Fr. Chir.*, 1893, p. 20).

Péan signale, dans son VIII^e volume de Clinique (p. 142), pour l'année 1888, 20 hystérectomies abdominales, avec 2 insuccès ; 6 hystérectomies abdomino-vaginales, avec 6 succès ; et 157 hystérectomies vaginales avec 157 succès. Nous comptons de ces dernières (p. 1261 à 1342), non

pas 137, mais 161, dont 59 cas pour inflammation péri-utérine, métrite, hypertrophie et kystes utérins, 75 fibromes, 47 sarcomes et épithéliomes. Nous relevons, dans les observations d'hystérectomie vaginale pour les fibromes, 1 mort (N° 1316) et pour les tumeurs malignes, 3 morts (N° 1377-1378-1389-1394-1414), soit 6 insuccès, attribués, il est vrai, à des crises paludéennes de « l'île Maurice », à une obstruction intestinale survenue « pendant la convalescence », etc. Ces insuccès devraient au moins être signalés dans la statistique générale.

Beaucoup de ces opérations ont été pénibles et incomplètes, tout en ayant duré 1 h. et demie, 2 heures et même 4 heures !

L'année précédente, en 1887, Péan avait noté 19 hystérectomies abdominales avec 1 insuccès : 3 hystérectomies abdomino-vaginales avec 2 insuccès, et 46 hystérectomies vaginales, avec 3 insuccès, soit, en détail, 29 non cancéreuses, dont 4 inflammatoires, 24 fibromes avec 1 seul insuccès et 16 cancers avec 4 insuccès (T. VII, p. 1236).

Nous avons déjà remarqué, dans notre mémoire de 1892, que, dans le T. VII, on avait inscrit dans un même chapitre, sous la rubrique « Hystérectomie pour fibromes », les simples énucléations de fibromes par morcellement (16 cas) et les véritables observations d'hystérectomie totale, qui se réduisent ainsi au nombre de 8 sur 24 signalées à tort dans la statistique.

En 1886, nous relevons, à propos des hystérectomies, une erreur de 23 cas, le chiffre indiqué de 67 opérations se réduisant, après vérification, à celui de 44.

Cette confusion des *hysterotomies* ou énucléations simples de polypes du col ou du corps de l'utérus avec les cas d'*hystérectomie totale*; les erreurs de chiffres que nous venons de signaler; les erreurs de détail manifestes que nous pourrions relever au cours de bien des observations, où on note, par exemple, comme poids de fibromes extirpés par le vagin : 3 kilogr. 1/2 et même 4 kilogrammes, ce qui représenterait deux fois ou deux fois et demie le volume d'un foie d'adulte, prouvent surabondamment que cette accumulation de documents rédigés par les uns, rassemblés par les autres, et sur lesquels Péan base ses communications, n'offrent pas une garantie suffisante pour être pris comme termes de comparaison avec les statistiques, heureusement mieux établies, de la plupart des autres chirurgiens.

Les chiffres les plus inexacts sont ceux qui se rapportent à l'hystérectomie abdominale. Péan ne déclare-t-il pas (*loc. cit.*) le 13 août 1888 que sa statistique lui donne à cette époque 33 % d'insuccès. Le 4 avril 1893, il nous signale au contraire, de 1868 à 1886, une mortalité de 20 %, soit de 13 % inférieure. En relevant les observations publiées

dans ses Cliniques, nous trouvons, jusqu'à janvier 1887, 100 opérations avec 32 insuccès. Pour obtenir, en avril 1893, une statistique de 200 cas avec 30 morts seulement, il lui faudrait donc retrancher déjà les 2 morts qu'il accuse en trop avant 1887 et admettre que les 100 opérations suivantes (qui donnent, en 1887 et 1888, 3 insuccès en moins) ont toutes été suivies de guérison ou mieux en ont donné *cent deux*. Et même la proportion de 15 % d'insuccès, qu'il signale en 1893, n'est pas très flatteuse, puisque nous n'avions eu, fin 1892, qu'une mortalité égale aux deux tiers de ce chiffre, soit 10 %.

Il est inutile de chercher ailleurs. Une erreur d'au moins 100 pour 100 dans la mortalité accusée pour l'hystérectomie abdominale est édifiante et donne la mesure de ce qu'il faut penser de la mortalité de 2 % pour l'hystérectomie vaginale !

Pour l'hystérectomie abdomino-vaginale, c'est pis encore, et, en 1888 seulement, Péan qui, au Congrès de 1893, signale pour cette opération 2 % de mortalité, soit 1 mort sur 50 cas, a eu, sur 3 opérations, 2 morts !

Ces irrégularités de chiffres suffisent pour justifier les critiques que nous lui avons adressées à ce sujet au Congrès de Genève. Péan répond invariablement à de telles objections que plus que tout autre il examine attentivement ses malades avant l'opération et que mieux qu'aucun chirurgien il surveille avec un soin scrupuleux les suites immédiates et les résultats éloignés de chaque intervention.

Devant de pareilles assertions, ceux qui savent comment sont recueillies les observations de Péan et quelle est sa pratique déontologique ne peuvent que sourire et conclure que Péan dans les Congrès, où il discute solennellement à côté de la question, comme à l'amphithéâtre, sacrifie trop aux apparences, et cherche, avant tout, « la scène à faire. »

II. Documents démontrant l'inanité des revendications de Péan et de Segond au sujet de la « castration totale ».

Voyons ce que valent les revendications de Péan et Segond à propos du terme « castration totale » qu'ils nous reprochent d'avoir opposé au terme de Péan « castration utérine » et prétendent s'approprier.

Péan écrivait en 1883 [*De l'intervention chirurgicale dans les petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus* (1)] :

« Je n'insisterai pas beaucoup sur le manuel opératoire de l'ovariotomie par la *voie vaginale*, parce que c'est à la méthode *sus-pubienne* que je donne la préférence (T. IV, page 36).

(1) Comm. Acad. de Méd., le 3 juillet 1888. — Clin. Péan, T. IV, 1886, p. 35.

« Sans repousser cette méthode à laquelle ont eu recours plusieurs chirurgiens, je pense qu'elle n'est applicable que dans les cas où le vagin est large, dilatable, et où il est facile de sentir avec le doigt l'ovaire immédiatement en arrière d'un des culs-de-sac vaginaux. Quant à moi, je donne la préférence à l'ablation par la voie *hypogastrique*. »

Plus loin, à propos de l'hystérectomie par la voie hypogastrique, Péan conclut, page 31 : « Bien que ces sortes d'opérations aient toujours été longues, elles nous ont donné des résultats plus favorables que nous n'eussions été en droit de le supposer après tant de difficultés (V. plus haut — 33 % de mortalité). »

Viennent ensuite trois observations d'hystérectomie vaginale :

1^o Fibrome : 23 octobre 1882, page 31. « Péan isole le col et coupe en deux moitiés le corps de l'utérus. »

2^o Fibro-sarcome : 15 novembre 1882.

3^o Epithéliome du col et du corps : 28 décembre 1882.

La durée de l'opération n'est pas notée pour les deux premiers cas. Pour le troisième Péan écrit : « L'opération avait duré près de quatre heures et causé à tous la plus grande fatigue. » Cette malade mourut le lendemain. Péan opérait à cette époque avec forcipressure préventive et sectionnait l'utérus latéralement (page 33). Après l'extraction de l'utérus, il pratique des ligatures et ferme la séreuse avec l'aiguille chasse-fil et des fils métalliques.

Péan apprécie ensuite le procédé de Muller (page 61) : « Muller propose de diviser longitudinalement l'utérus en deux sections, l'une droite, l'autre gauche... Il se base sur cette observation anatomique que l'utérus est peu vasculaire sur la ligne médiane... Son raisonnement est *purement théorique* ; il n'a jamais appliqué *son procédé que sur le cadavre*. Sur un sujet vivant, il aurait pu constater que l'écoulement du sang est moins sous la dépendance de la section utérine que des tissus avec lesquels cet organe est en rapport et qu'il est nécessaire de couper pour la dissection. »

Péan conclut (page 74) :

« C'est à tort qu'on a proposé la *castration ovarienne* pour arrêter les hémorragies provenant des tumeurs utérines. En pareil cas, cette opération est tout au moins aléatoire. »

Et cette opinion lui fait certes grand honneur, puisqu'elle a été pour lui une des premières indications de la *castration utérine*.

Plus loin, p. 73 : « Dans l'ablation totale de l'utérus par le vagin, il n'est pas *nécessaire d'enlever les ovaires*, s'ils ne sont pas malades. Au cas où ils le seraient, leur ablation n'aggraverait pas sensiblement l'opération. »

Ailleurs, sous le titre :

« *Du pincement préventif et du pincement définitif des vaisseaux dans les opérations chirurgicales* » (page 183), Péan insiste sur l'utilité du pincement préventif, qui « pour les lèvres, la langue, etc., etc., permet de faire la suture avant de retirer les pinces. »

« Pour l'utérus, il faut, dit-il, se servir de pinces plus fortes, à mors longs, droits ou courbes sur le plat, souvent courbes sur le côté ».

Et, page 184 : « Nous ne laissons les pinces en place que si l'intestin ne tend pas à faire hernie... Dans le cas contraire nous préférons lier séparément les ligaments et fermer la plaie péritonéale avec des anses métalliques. »

« Entre l'hémostase temporaire et l'hémostase définitive, il y a, comme on le voit, de nombreux rapprochements. »

Plus loin, page 286 :

« *Du morcellement appliqué à l'ablation totale de l'utérus dans certains cas de tumeurs fibreuses et cancéreuses* »

« ... Nous détachons le col, nous le coupons latéralement... Grâce aux pinces hémostatiques placées sur les vaisseaux, ce temps de l'opération se fait sans perte de sang... On pourrait croire que le morcellement est dangereux, surtout à cause de la possibilité d'hémorragies... Il n'en est rien et il suffit d'être bien exercé à la manœuvre de nos pinces hémostatiques pour n'avoir rien à craindre de semblable. »

« ... Dans les cas difficiles de cancer utérin, il faut morceller à l'aide d'un cautère en forme de cuiller. » Méthode bien imparfaite à notre avis et qui ne peut permettre une opération méthodique et complète.

Péan décrit dans le même volume (p. 292 et suivantes) : l'*ablation des myomes de l'utérus par la voie vaginale*. Ce chapitre concerne tout spécialement le morcellement intra-utérin des tumeurs interstitielles sans *ablation de l'utérus*.

« Lorsque les tumeurs interstitielles font assez de saillie dans la cavité de l'utérus, voici comment nous les morcelons. Par l'ouverture du col, dilaté naturellement ou artificiellement, ou incisé, nous saisissons la surface de la tumeur. »

Péan mentionne ensuite de nouveau les avantages de la section bilatérale du col après hémostase préventive dans les cas de fibromes nettement interstitiels. Péan fit sa première opération de morcellement vaginal le 17 juin 1884. Il employait alors un instrument spécial, « *le forceps-scie* », qu'il n'a abandonné qu'en 1886. Sa deuxième opération date du 30 juin 1884 et la troisième du 22 septembre 1884.

La technique employée par Péan pour le morcellement des fibromes intra-utérins, quand le fibrome est saillant dans le vagin et le col

dilaté, ne présente aucune particularité qui puisse l'autoriser à réclamer la priorité sur les premiers chirurgiens qui, faisant l'ablation de polypes utérins saillants dans le vagin, ont, par nécessité, fragmenté avec divers instruments, et particulièrement la cuiller tranchante, ceux qui étaient trop volumineux pour être extraits d'une seule pièce : (Amussat, Velpeau, Altee, Hutchinson, Langenbeck, Thomas, Backer-Brown, etc.)

L'idée d'appliquer à l'ablation des fibromes utérins la forci-presure préventive ne lui appartient même pas, et nous figurons (*Fig. 11*) à l'appui de notre opinion la pince-clamp employée autrefois par Thierry pour pratiquer la résection à blanc des corps fibreux pédiculés et représentée dans un catalogue d'instruments de chirurgie daté de 1855, époque à laquelle M. Péan — pour lui retourner une de ses phrases — « commençait à peine ses études médicales ».

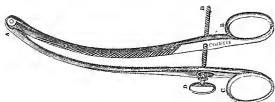


Fig. 11. — Pince de Thierry (Catalogue de Charrière, 1855), pour la forci-presure préventive des fibromes utérins à évolution vaginale.

C'est au contraire à Péan que revient l'honneur d'avoir imaginé l'*hystérotomie* proprement dite et d'avoir, après incision bilatérale du col et même du corps utérin, osé poursuivre les fibromes intersiciels là où aucun chirurgien n'avait encore tenté de les atteindre. Ce n'était là, toutefois, qu'une *extension*, mais non pas la découverte de la méthode du morcellement, déjà antérieurement employée. Ces opérations d'hystérotomie remontent, comme nous l'avons vu, à 1884 et sont consignées dans la thèse de Secheyron.

On comprendra d'autant mieux la prédilection de Péan pour la voie vaginale, où les succès opératoires pouvaient être obtenus sans une antisepsie très minutieuse, que nous avons signalé ses propres paroles, quand il déplorait, le 13 août 1888, la mortalité énorme de 33 % que lui donnait encore l'hystérectomie abdominale ; et l'extension qu'a donné momentanément Péan à l'énucléation simple des fibromes nous semble prouver qu'il devait à cette époque ne pas être très satisfait des résultats de l'hystérectomie vaginale totale ou, comme il la nomme, de la *castration utérine*.

Péan a développé, pour la première fois avec précision, en 1886 (*Gaz. Hôp.*, p. 11) son opinion sur la *castration utérine*, en la com-

parant à la *castration ovarienne* (Voir le Tome VI de ses Cliniques, page 219). Péan y critique même très vivement les abus opératoires de certains chirurgiens.

Il s'exprime ainsi :

« Que dire de ceux qui, pour des névralgies utéro-ovariennes que les médecins guériraient facilement, n'hésitent pas à pratiquer la *castration utérine* ou *ovarienne* ? Que dire de ceux qui, sous prétexte qu'il n'est pas dangereux d'enlever l'utérus, n'hésitent pas à le faire pour des prolapsus, dont un pessaire suffirait à corriger les inconvénients ? Nous pensons que les chirurgiens devront se garder d'entrer dans cette voie. . . »

Nous verrons que Péan lui-même a, plus tard, largement encouru ses propres critiques.

Discutant enfin la difficulté du diagnostic du siège de l'affection, soit dans l'utérus seul, soit dans les annexes, Péan dit qu'il préfère, pour les lésions des annexes, la *voie abdominale*. Il ne conseille la *voie vaginale* que pour les petites tumeurs annexielles, « dont la saillie au fond du vagin est très prononcée » (*Gaz. Hôp.*, 1886) (*Loc. cit.*).

Pour l'utérus, Péan est au contraire partisan de la voie vaginale. Il a été, en effet, obligé d'enlever l'utérus par le vagin pour un cas de névralgie persistant trois ans après une ablation des trompes et des ovaires par la laparotomie.

« Après avoir enlevé, dit-il, par la laparotomie, les ovaires et les trompes malades, nous avons été obligé d'enlever ultérieurement l'utérus lui-même, bien qu'il fût beaucoup moins altéré, et la guérison n'a pu être obtenue qu'à ce prix, comme s'il eût été un centre d'où partaient des actions réflexes indépendantes de celles qui prenaient naissance dans ses annexes.

« A plusieurs reprises, nous avons suivi une méthode inverse, et chez des malades qui avaient des douleurs semblables, nous avons enlevé l'utérus et laissé les annexes ; dans ces cas, les résultats immédiats et consécutifs nous ont paru préférables, comme si, cet organe enlevé, ses annexes tendaient à s'atrophier. Mais il peut arriver que l'utérus enlevé, le doigt, introduit ensuite par le fond du vagin, reconnaisse une tumeur des annexes, qui était passée inaperçue. . . Dans des cas analogues, nous avons trouvé de petites tumeurs solides ou liquides, en particulier des kystes sanguins, purulents, fœtaux. C'est alors que le chirurgien ne doit pas hésiter à faire disparaître le corps du délit, soit par la voie vaginale, si cela est possible, soit *en faisant, séance tenante, la gastrotomie abdominale*, si cette voie est indispensable pour aborder comme il convient la tumeur. »

Péan confirme donc qu'il ne complète, dans ses opérations de *castration utérine*, le diagnostic de l'état des annexes, qu'après ablation totale de l'utérus et reconnaît lui-même que l'ablation des annexes, qu'il ne pratique qu'en cas de lésions manifestes, peut être impossible par le vagin et nécessiter la laparotomie.

Il écrit aussi qu'il a lui-même pratiqué accessoirement et fortuitement, en enlevant des utérus fibromateux ou cancéreux, des

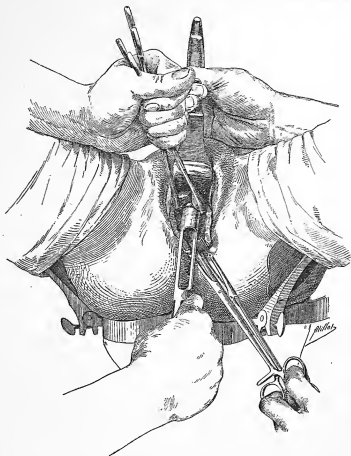


Fig. 12.— *Hystérectomie vaginale pour fibromes* (Procédé de Doyen).— Incision longitudinale du col. Perforation à l'aide d'un tube tranchant d'un fibrome difficilement accessible.

ovarites et des salpingites, parfois même des grossesses tubaires par le vagin. Tous les chirurgiens qui ont pratiqué l'hystérectomie vaginale avant 1890, époque à laquelle Péan a le premier donné les indications précises de la *castration utérine* dans les cas de suppuration pelvienne, ont fait de même occasionnellement, mais sans indication opératoire précise, ces ablations d'annexes, à la suite d'utérus néoplasique.

La leçon de Péan que nous venons de citer (*Gaz. Hôp.*, 1886) et qui a été publiée en 1888 dans ses Cliniques, était donc encore à cette époque l'expression des idées de Péan sur l'hystérectomie vaginale pour lésions inflammatoires simples, c'est-à-dire sur la *castration utérine*.

Le texte en concorde d'ailleurs absolument avec les phrases que nous avons relevées dans le mémoire de Secheyron, publié en 1889

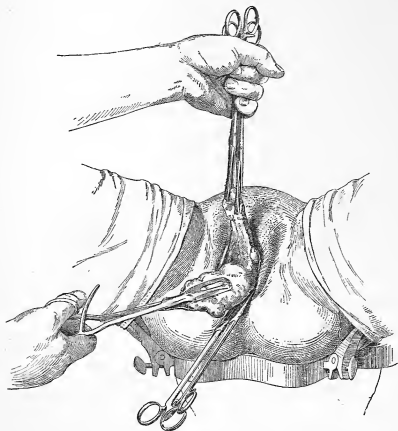


Fig. 13. — Morcellement en V du même fibrome et extraction à la pince emporte-pièce d'une tumeur interstitielle volumineuse.

(Voir Secheyron, p. 600). « M. Péan, dit-il à plusieurs reprises, chez « des femmes qui avaient des douleurs tenaces, intolérables, a *enlevé* « l'*utérus*, mais *laissé les annexes*. Il paraît même à M. Péan qu'après « la *castration utérine* les annexes tendent à s'atrophier. La *castra-* « *tion utérine* paraît donc plus recommandable que la *castration* « *ovarienne*. Le mieux serait d'être plus radical encore et d'enlever « l'*utérus* avec ses annexes. » Nous démontrerons plus loin que

cette dernière phrase de Secheyron, qui prouve bien les tendances de Péan à cette époque à pratiquer la *castration utérine*, c'est-à-dire à faire une opération incomplète, a été évidemment inspirée par notre observation de castration totale du 3 décembre 1887 pour double suppuration des annexes, observation mentionnée dans une note de trois lignes, au bas de la même page. Elle confirme donc notre priorité.

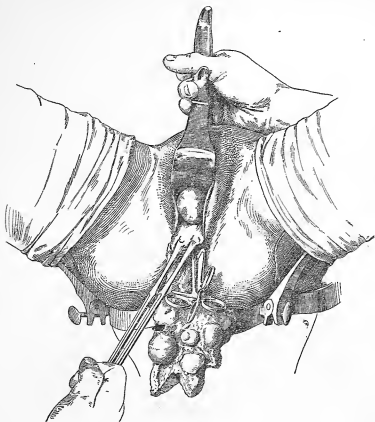


Fig. 14. — Une partie de la tumeur, extraite par morcellement linéaire, pend à la fourchette. Taille d'un nouveau V à la partie supérieure de la surface péritonéale de l'utérus et extraction de la vulve d'un fibrome sous-péritonéal.

Passons à la discussion des observations de Péan.

Péan a fait sa première *castration utérine* par le vagin le seize février 1886, pour remédier à un insuccès de la *castration ovarienne* par la laparotomie ; cette première opération datait du 23 mars 1882.

L'utérus était resté douloureux, enflammé et se trouvait retenu en rétroversion par des adhérences pelviennes. Péan pratiqua l'hystérectomie, dit-il, sur la demande formelle du médecin, de la malade et de la famille. L'opération fut suivie d'un succès complet.

Ce premier cas devait rester sans conséquences pratiques immé-

diates, puisque, le 13 novembre 1886, Péan enleva, par l'incision du cul-de-sac postérieur, chez une femme âgée de 45 ans, les deux ovaires, dont l'un, le gauche, était suppuré, et *laissa l'utérus en place*. La tumeur ovarienne avait été prise pour un myome enflammé et l'ablation vaginale des annexes se fit d'une manière toute fortuite. Quel intérêt pouvait-il y avoir chez cette femme à ne pas enlever l'utérus?

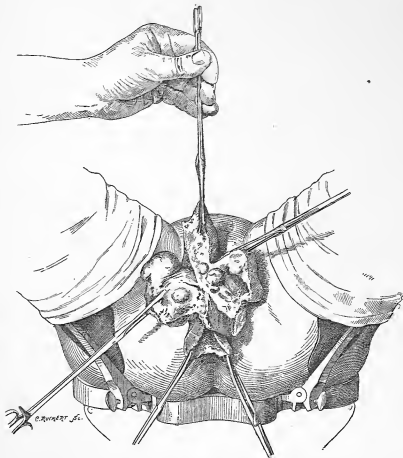


Fig. 15. — Apparition de la vulve, après ablation d'une partie de la tumeur, de ce qui reste de l'utérus adhérent au col (paroi postérieure et parois latérales, qui sont extraites entr'ouvertes, grâce à plusieurs sections en V).

Quelques jours plus tard, le 27 novembre 1886, Péan fit une nouvelle castration utérine, cette fois primitive. Péan enleva *l'utérus seul, les annexes étant saines*. Sa méthode était donc bien hésitante.

Le 8 novembre 1887, Péan fit une nouvelle *castration utérine* chez une femme opérée successivement d'ovariotomie unilatérale le 14 avril 1885 et le 10 août 1886.

Le 12 décembre 1887 (le détail de cette observation n'a été publié qu'en 1890), Péan, examinant une malade qui présentait depuis 8 jours « une température de 40° (Voir. T. VII des *Cliniques*, p. 1214), et un « pouls petit, intermittent, qui battait 120 fois par minute, constate un « utérus volumineux, enflammé, douloureux, immobilisé par des tumeurs demi liquides que des collègues ont prises pour des kystes « tubaires et pour lesquels ils ont proposé la castration tubo-ovarienne « par la voie abdominale. Il est facile de reconnaître qu'outre l'endomé- « trite et les salpingites consécutives il y a un kyste de l'ovaire gauche « enflammé, qui remonte à la fosse iliaque et à l'ombilic. Dans ces con- « ditions, l'ovario-hystérectomie vaginale me paraît indiquée...

« Dissection circulaire du col. 4 pinces sur les ligaments larges. « Section bi-latérale du col et du corps de l'utérus, qui est friable, « se laisse déchirer sous la traction des pinces et contient un verre « de pus. Extraction de l'utérus. Pincement du bord supérieur des « ligaments larges. Deux à trois verres de pus s'écoulent des trompes « dilatées.

« L'utérus enlevé, Péan ponctionne les ovaires, dont le gauche con- « tient deux verres, le droit cinq verres de pus. Une loge de péritonite « séreuse enkystée s'était évacuée au cours des manœuvres. Péan « détache les ovaires avec les doigts et les excise ainsi que les trompes. « Les annexes, examinées par Cornil, présentaient les caractères des « kystes tubaires et ovariens suppurés.

Secheyron donne de cette observation (p. 783) un simple résumé : « Utérus très volumineux..., friable. Après excision de l'utérus, « les deux ovaires sont trouvés kystiques, renfermant du pus. Les « ovaires sont ponctionnés et excisés, une loge de péritonite enkystée « est ouverte. »

On voit ici que Secheyron a singulièrement écourté la première observation de Péan à laquelle, en 1889, il donne bien peu d'importance, puisqu'elle est signalée dans un chapitre accessoire. Il y a même une curieuse analogie entre les termes mêmes de la rédaction des deux notes, celle qui se rapporte à mon opération du 3 décembre 1887 (Secheyron, note, p. 604) et celle que nous venons de citer.

La lecture des observations « in extenso » démontre en outre qu'il y a une grande analogie, tant au point de vue des symptômes (40°, état général grave, etc.) que des indications opératoires, entre la première observation de Péan, du 12 décembre 1887 et la nôtre, du 3 décembre précédent.

Mais on ne saurait identifier les deux *procédés opératoires* : celui de Péan, si compliqué et si pénible, où la castration utérine fut pra-

tiquée d'abord, pour être suivie, si faire se pouvait, de l'ablation des annexes (on verra plus loin que, le 20 décembre suivant, il a enlevé l'utérus seul et laissé les annexes), et le nôtre, si simple et si rapide, où l'utérus fut enlevé entr'ouvert, d'une seule pièce, avec les annexes suppurées en 30 minutes à peine, et où l'hémostase des ligaments larges se fit avec deux pinces au lieu de vingt ou trente.

La comparaison des deux cas nous donne, sans conteste, la priorité de date; nous avons même sur Péan ce mérite d'avoir d'emblée tenté de propos délibéré la castration vaginale totale, tandis qu'il n'a été amené à la castration utérine que par des insuccès de la laparotomie antérieure, et n'a enlevé le plus souvent les annexes que lorsqu'elles se sont laissées libérer facilement de leurs adhérences.

Péan se montre, en effet, dans bien des observations, partisan de la suture des poches aux lèvres de la plaie vaginale et de leur traitement par suppuration.

Le 20 décembre 1887, pratiquant l'hystérectomie dans un cas de kyste de l'ovaire gauche suppuré, ouvert dans le rectum, ne se contente-t-il pas de l'ablation de l'utérus? Ensuite il ponctionne les poches, en résèque ce qu'il peut, et suture le reste au fond de la plaie vagino-péritonéale; l'ovaire droit est laissé intact.

Péan, en août 1890, dans sa communication à l'Académie de Médecine, s'exprime en ces termes: « Lorsque l'utérus a été enlevé, il est facile de se rendre compte de l'état des annexes et de les exciser, s'il est nécessaire... »

« La castration utérine, termine Péan, est l'opération de l'avenir; elle sauvegarde tout à la fois la réputation du chirurgien et la santé des malades. » (*Bulletin méd.*, 1890, p. 633).

Nous avons d'ailleurs signalé dans notre mémoire de 1892 (page 112) que Péan, en 1888, fit plusieurs fois encore l'ablation simple des annexes par le vagin sans enlever l'utérus (4 cas), et qu'en 1889 il abandonna à maintes reprises la voie vaginale pour revenir, dans plusieurs cas même de lésions suppurées des annexes, à la laparotomie (12 opérations).

Et ce n'est qu'après un nouvel insuccès thérapeutique de la castration ovarienne par la laparotomie que Péan reconnut définitivement les avantages de la castration utérine. Cette opération avait eu lieu le 23 juin 1889.

« Six mois après, dit Péan, c'est-à-dire en décembre 1889 ou janvier 1890, les douleurs reparurent avec la même intensité qu'autrefois et la malade, effrayée de ce mauvais résultat, refusa l'hystérectomie vaginale, qui seule pouvait la délivrer de ses souffrances. »

Péan ne viendra pas soutenir, en présence de ces tergiversations trop évidentes au point de vue de la méthode opératoire, qu'avant cette époque il suivait une ligne de conduite *une et raisonnée*.

Loin d'avoir méthodiquement employé la *castration utérine* depuis ses premières tentatives, cependant suivies de succès et remontant à 1886 pour *périmétrites inflammatoires simples*, Péan n'a suivi méthodiquement les indications qu'il avait déjà données en 1883 de la *castration utérine* qu'à partir du mois de janvier 1890, époque à dater de laquelle il paraît avoir définitivement abandonné la *castration tubo-ovarienne simple* pour lésions inflammatoires.

Avant cette époque, il n'était pas encore absolument fixé sur les avantages absolus de la *castration utérine*, comme le démontrent particulièrement ses 12 opérations de castration tubo-ovarienne par la laparotomie faites en 1889.

En effet, le 9 décembre 1889, il fit encore la laparotomie pour un cas de pyosalpinx, et, le 12 et le 19 décembre, pour des cas d'hémosalpinx et de salpingite compliquée de petit kyste dermoïde.

Nous venons de démontrer les hésitations de Péan jusqu'au mois de janvier 1890 au sujet du meilleur mode de traitement des tumeurs inflammatoires simples ou suppurées des annexes.

1) La *Laparotomie*, au sujet de laquelle, comme nous l'avons vu, il a longtemps manifesté sa prédilection.

2) La *Cœliotomie postérieure*, par laquelle il fit plusieurs ablations de salpingites purulentes, notamment le 27 et le 30 novembre 1888 (Il n'a plus employé cette voie en 1889).

3) La *Castration utérine*.

Il résulte de tous ces documents que, avant l'année 1890, Péan ne devait pas être bien fixé sur les avantages de ses premières opérations de *castration utérine* pour suppuration pelvienne.

Il nous faut maintenant revenir sur cette expression de Péan, la *castration utérine*, et l'opposer au terme de *castration totale*, que nous avons proposé le premier en séance publique du Congrès de Chirurgie de Paris, en 1891, et dont la signification, toute différente selon nous, ne serait autre, d'après les élèves de Péan, que celle que donnait ce dernier à sa « castration utérine ».

Le terme de *castration utérine* a été, durant plusieurs années, exclusivement employé par Péan, qui l'opposait à celui de *castration ovarienne*. Nous le retrouvons jusque dans le T. VIII des Cliniques, publié en 1892, tout au moins dans la préface, qui annonce un parallèle entre la *castration utérine* et la *castration ovarienne*.

Or ce titre n'existe en tête d'aucune des leçons relatées dans le T. VIII et la leçon à laquelle Péan fait allusion dans sa préface est au contraire caractérisée (p. 197 et suiv., T. VIII) par la substitution au terme « *castration utérine* » de la dénomination « *hystérectomie vaginale* ».

Nous ferons remarquer que cette leçon a été publiée primitivement le 27 juin 1891 dans la *Gazette des Hôpitaux*, peu de temps après notre communication au V^e Congrès Français de Chirurgie (1^{er} avril 1891), au cours de laquelle nous avions le premier, en France, comme nous l'avons signalé plus haut, proposé le terme de *castration totale* pour notre *méthode opératoire*, l'opposant ainsi à la fois aux méthodes incomplètes d'Hegar et Battey « *castration tubo-ovarienne* » et de Péan « *castration utérine* ».

On sait que Léopold, le 9 février 1883 et le 13 janvier 1886, fit deux fois, avant la première opération analogue de Péan, la *castration utérine vaginale* chez des malades opérées sans résultat thérapeutique d'ablation des annexes par la laparotomie.

La première opération de *castration utérine* de Péan, tentée, comme nous l'avons vu, dans un cas analogue, est du 16 février 1886. Ces opérations ont été pratiquées *d'une manière toute fortuite et par occasion*.

De même tous les chirurgiens qui ont, avant 1887, enlevé un grand nombre d'utérus cancéreux, ont trouvé accessoirement, et souvent enlevé à la suite de l'utérus, comme nous l'avons signalé à propos de Péan, des salpingites parenchymateuses ou purulentes. *Ils n'obéissaient toutefois à ce sujet à aucune indication opératoire spéciale*.

Les deux premières hystérectomies faites de propos délibéré pour remédier à une suppuration puri-utérine, sont donc, par ordre chronologique, la nôtre (3 décembre 1887) et celle de Péan (12 décembre 1887). Notre *antériorité de date* nous donne donc également, et sans conteste, *l'antériorité pour la conception de cette indication opératoire nouvelle*.

C'est tout ce que nous réclamons et nous sommes le premier à reconnaître que si, par l'effet du hasard, l'antériorité des dates est bien nôtre, c'est à Péan qu'appartient exclusivement l'honneur d'avoir le premier (Académie de Médecine, 10 Août 1890), proposé comme méthode bien déterminée dans les cas de suppuration pelvienne *l'ablation vaginale de l'utérus*, qu'il a dénommée *castration utérine*.

Quant au terme *castration totale*, Péan ne saurait nous le contester, et les citations que nous avons faites de ses différentes leçons à ce sujet ne laissent aucun doute.

Les observations même de Péan démontrent *qu'il attache une importance capitale à l'ablation de l'utérus et n'enlève guère les annexes que dans les cas où elles sont facilement accessibles*. Très souvent, Péan ou bien *laisse les annexes*, se contentant de drainer les cavités purulentes ponctionnées ou évacuées, ou bien excise ce qu'il peut des trompes, mais *laisse en place les ovaires*, que sans doute il n'a pu atteindre.

Quelques exemples seront tout à fait démonstratifs. Avant 1890, Péan a fait 43 castrations utérines, dont 33 pour lésions suppurées (T. VI, VII et VIII). Sur ces 43 cas, nous notons 21 opérations radicales, comme les a dénommées depuis Landau (ablation de l'utérus et des annexes) et 24 opérations incomplètes, soit 55 %.

On lit assez fréquemment cette phrase :

« Après l'ablation de l'utérus, voyant que les ovaires sont atrophiés et enflammés, nous prenons le parti de les laisser en place. » (N° 1264) et (N° 1269-1273, etc., etc.) « les ovaires et les trompes sont atrophiés, enflammés, adhérents ; nous les laissons en place ».

Certaines opérations se réduisent même pour ainsi dire à l'ouverture de poches péri-utérines. Péan pratiquait encore, à cette époque, le traitement des kystes utérins par la simple incision (hystérotomie) : 6 cas.

En 1890 et 1891, sur 103 hystérectomies pour *fibromes*, Péan relate 28 fois (??) la coexistence d'annexites suppurées.

Sur ces 28 opérations pour fibromes compliqués de suppuration, Péan a pratiqué 13 fois l'ablation de l'utérus et des annexes. 13 fois l'opération est demeurée incomplète.

Il est noté (N° 1713) : « Nous laissons en place l'ovaire et la trompe gauches, qui sont atrophiés, sclérosés, englobés dans des adhérences anciennes. » Plus haut, on relate des ovaires à la fois *atrophiés* et *enflammés*. La réunion de ces deux qualités est bizarre, l'atrophie coïncidant plutôt avec la sclérose qu'avec l'inflammation.

Ailleurs (N° 1717) ce n'est qu'une simple ouverture de poches après extraction de l'utérus : « Péan lave, nettoie, racle les cavités en ménageant les adhérences intestinales et épiploïques qui forment autour d'elle une barrière utile. » Souvent Péan « enlève les trompes et laisse en place les ovaires scléreux, kystiques et adhérents » ; ailleurs, il n'abandonne que les annexes ou l'ovaire d'un seul côté.

Ces citations sont indispensables pour pouvoir apprécier tout à l'heure la défectuosité des résultats post-opératoires. Plus loin (N° 1726) « Péan excise les trompes *friables, oblitérées et suppurées* et laisse en place les ovaires atrophiés et masqués par des adhérences anciennes. »

Des trompes à la fois *oblitérées*, c'est-à-dire épaissies et atteintes de salpingite parenchymateuse, et en même temps *suppurées*, c'est beaucoup à la fois, et bizarre comme anatomie pathologique, à moins que le terme « oblitéré » ne s'applique à leur orifice utérin.

Ailleurs (N^o. 1740) les trompes sont à la fois « *oblitérées, dilatées*, « remplies de pus et mesurent 10 cent. sur 8 ; la gauche communique « avec l'S iliaque par une ouverture qui laisse passer des gaz et des « fèces liquides ; les ovaires sont atrophies, scléreux et très adhé- « rents ; on laisse en place ces organes, en ayant soin de suturer les « trompes au niveau de leur portion excisée aux lèvres de la plaie « vaginale... Suites excellentes... Depuis lors, *la santé ne laisse « rien à désirer.* »

Passé encore pour l'abandon, habituel à Péan, des ovaires et des trompes, mais noter que la santé ne laisse rien à désirer, sans mentionner ce qu'est devenue la fistule où passaient des gaz et des matières, n'indique pas que l'observation soit bien complète. Il n'est pas fait mention des suites éloignées dont Péan nous a affirmé avec tant d'insistance, à Genève, qu'il prenait le plus grand souci. Dans ce cas, il eût été intéressant de les connaître avec précision.

Le 13 avril 1891 (N^o 1743), Péan laisse en place « l'ovaire et la « trompe gauche, atrophiee, et reliée à l'intestin par des feuillets « inflammatoires résistants et très vasculaires. » Le 1^{er} juin 1891 (N^o 1750) : « Les trompes *oblitérées, remplies de pus*, sont excisées, etc. Que signifient ces deux épithètes réunies ? *Oblitéré* ne signifie-t-il pas « dont la cavité est réduite à néant » ? Cette répétition fastidieuse des mêmes termes prouve dans quel esprit d'étroitesse sont rédigées toutes ces notes.

Passons aux hystérectomies, non plus pour *fibromes*, mais pour *lésions inflammatoires* (p. 1339, T. IX). Ces opérations, pour les années 1890 et 1891, sont au nombre de 120.

On y trouve les mêmes phrases : « Les ovaires, très adhérents, sont « laissés en place (N^o 1792, etc.) « L'ovaire droit, du volume d'une « orange, très adhérent, est vidé par ponction du pus qu'il contient », et (N^o 1783,) « les ovaires et les trompes, *qui ont suppuré*, sont « réséqués. » A quoi peut-on bien reconnaître que des ovaires et des trompes ont jadis suppuré ? On doit constater si oui ou non ils « sont suppurés », c'est-à-dire s'ils contiennent réellement du pus et si, par suite, l'opération doit rentrer dans la catégorie des interventions pour « Suppuration pelvienne. »

Ici « les ovaires, friables, kystiques, ramollis, sont excisés par « fragments » ; ailleurs ils se trouvent « enflammés et renferment des

« kystes sérieux, sanguins et purulents ». Quelle richesse de lésions ! Nous relatons un certain nombre de cas où les poches purulentes sont simplement ouvertes et drainées (N° 1824). « Les ovaires et les trompes étaient tellement recouverts par les adhérences qu'il était inutile de les enlever » (N° 1825) : « Les ovaires, couverts de *bourgeons purulents, saignants*, en partie détruits, se laissent arracher par fragments. *Grattage du foyer.* »

(N° 1826) : « Voyant le pus s'écouler librement par le vagin, Péan prend le parti de laisser les annexes à demeure. »

Il est impossible d'être plus affirmatif au point de vue de la *castration utérine simple*, et de mieux exprimer que l'ablation des annexes n'est qu'un temps accessoire de l'opération.

Bien mieux (N° 1851), Péan laisse en place les annexes des deux côtés, après avoir remarqué « que les trompes sont enflammées et suppurées. »

Dans l'observation N° 1869, les ovaires sont à la fois « *kystiques, aréolaires, hématiques et purulents.* »

Ces observations d'hystérectomie pour « *tumeurs inflammatoires* », sont toutes notées « opération bi-latérale — suppuration » (N° 1780 à 1900), soit 120 cas, tous suppurés, disent les observations, même ceux notés (N°s 1783 et 1867) où la suppuration paraît au moins rétrospective.

En outre, 39 de ces ablations de l'utérus, et comme il est noté, des *annexes des deux côtés*, sont au contraire incomplètes. Souvent, l'utérus enlevé, on s'est contenté d'évacuer les poches purulentes, et, soit les annexes d'un côté, soit un seul ou les deux ovaires ont été laissés en place.

Cette série de 120 cas, tous de lésions à la fois bi-latérales, et purulentes, est faite pour étonner les habitués de la castration vaginale totale.

La suppuration s'est sans doute bien généralisée chez les malades qui se confiaient à Péan, à partir du 1^{er} janvier 1890, puisqu'avant cette date, à partir de laquelle tous les cas sont, dit-il, suppurés, il n'en avait compté que la proportion, déjà à notre avis un peu exagérée, de 35 cas sur 43 *castrations utérines*.

Les élèves de Péan decorent toutes les salpingites du nom de « purulentes ». Il nous a paru encore plus anormal de compter (voir plus haut), sur 103 opérations pour *fibromes*, 28 cas compliqués de suppuration. Il est fait évidemment dans toutes ces observations un usage immodéré et non justifié du mot « pus. »

Si nous récapitulons le nombre total des castrations vaginales incomplètes, nous en relevons 76 sur 193 opérations, soit 40 0/0.

Et nous n'avons pas exagéré, bien au contraire, car en lisant attentivement les observations que nous avons comptées comme des opérations complètes, que de fois n'est-il pas dit que les ovaires, ramollis, adhérents furent excisés pièce par pièce, c'est-à-dire abandonnés en partie dans le ventre.

III. *Inconvénients de toutes les opérations incomplètes et particulièrement de la castration utérine de Péan.*

Nous n'avons donc pas exagéré, dans notre communication à Genève, les imperfections ni les inconvénients de l'opération de Péan.

Péan nous apprend lui-même, par le détail de ses observations, que l'opération se réduit forcément à l'ablation simple de l'utérus, et tout au plus à l'excision partielle des annexes, toutes les fois que le cas est quelque peu compliqué.

Comment pourrait-il en être autrement ? Péan ne fait-il pas l'opération *en deux temps*. Il enlève l'utérus par morcellement, après hémostase préventive. L'utérus enlevé, il y a dans le vagin 6, 8, 10 ou 15 pinces hémostatiques à demeure, parfois 20 ou 25. Sur quels vaisseaux ? Nous nous le demandons. Péan accuse plusieurs de ses malades d'hémophilie, nous le croyons plutôt hémophobe !

L'utérus enlevé par cette méthode, comment atteindre les annexes ? C'est naturellement possible quand elles se présentent d'elles-mêmes, dans les cas faciles, et quand il n'y a encore dans le vagin, large et dilatable, que 6 ou 8 pinces à demeure. Le vagin est-il étroit, le morcellement utérin a-t-il été pénible et prolongé (30 minutes, 45 minutes) ? Comment retrouver au fond de ce puits sanguinolent les trompes, dont le pédicule n'a plus de rapport anatomique avec l'utérus, et encore moins les ovaires, devenus inaccessibles aux doigts ?

On comprend aisément, comme nous l'avons dit à Genève à propos des communications faites contre l'opération de Péan en faveur de la laparotomie, que bien des chirurgiens reviennent à cette opération après avoir vu opérer Péan ou Segond.

Les partisans de la laparotomie ont insisté depuis 1888, et même antérieurement, sur l'importance qu'il y avait, pour obtenir une guérison durable, à énucléer la totalité des poches annexielles. On leur a objecté que l'utérus demeurerait une cause de douleurs. Rappelons que ce sont les insuccès thérapeutiques de la laparotomie qui ont conduit

Léopold, puis Péan, à pratiquer, par nécessité, la *castration utérine* par le vagin. Tous les chirurgiens qui ont quelque pratique ont été obligés plusieurs fois de réparer ainsi, par l'hystérectomie vaginale, l'insuffisance de la laparotomie.

Péan, en envisageant, comme il ressort de toutes ses publications, spécialement la *castration utérine*, est tombé dans une erreur analogue à celle des laparotomistes, et sa méthode est tellement imparfaite que bien des chirurgiens tentent encore avec raison d'obtenir une guérison radicale par la simple castration tubo-ovarienne, qui leur permet au moins d'enlever complètement les annexes, quitte à recourir dans un petit nombre de cas à une hystérectomie vaginale complémentaire, alors sans gravité.

L'hystérectomie vaginale *doit donc à Péan lui-même*, qui le premier l'a proposée dans les cas de suppuration péri-utérine, ou, pour mieux dire, à *l'imperfection de sa méthode*, de ne pas être encore admise par tous les gynécologistes.

Notre technique est tout autre. Nous extrayons à la vulve, sans forcipressure préventive et sans morcellement, dans les cas les plus compliqués, l'utérus en quelques minutes (le plus souvent 2 à 5 minutes). L'utérus pendant devant la fourchette, nous attirons ses cornes en bas. Le pédicule de la trompe la plus accessible, devenu visible, est saisi dans les mors d'une pince à anneaux, la poche vidée, si elle est trop volumineuse, et les doigts vont décoller progressivement les adhérences supérieures à mesure qu'avec d'autres pinces nous saisissons les parties des annexes qui apparaissent peu à peu à la vulve. Nous arrivons ainsi à extraire sous les yeux de dix ou douze spectateurs, et d'une manière très visible pour tous, des tumeurs annexielles haut situées, très adhérentes et d'un volume considérable. Rarement l'opération dure plus de 8, 10, 12 ou 15 minutes.

Bouilly a bien voulu dire à Genève que notre technique était la meilleure. Nous sommes certains qu'elle est tellement supérieure à celle de Péan, que bientôt les laparotomistes les plus convaincus accepteront la voie vaginale, dès qu'ils sauront qu'il existe pour la *castration totale* par les voies naturelles une méthode à la fois sûre et rapide.

Nous avons d'ailleurs, l'un des premiers, sinon le premier, pratiqué de propos délibéré, dans un cas d'énorme suppuration péri-utérine et utérine, en 1892, la castration abdominale totale par la laparotomie et proposé pour cette opération, au Congrès de Bruxelles (1),

(1) Compte rendu du Cong. de Brux., 1892; et *Hystérectomie* (2^e éd.) par Doyen, 1893, p. 72, 75, 79, 113.

en septembre 1892, un manuel opératoire nouveau. Notre premier procédé, encore amélioré depuis, comme on le verra plus loin, donnera toute satisfaction aux laparotomistes qui hésiteront à attaquer, dans leurs débuts tout au moins, les tumeurs annexielles très volumineuses par la voie vaginale.

Péan aurait donc eu, dans ses vieux jours, un rôle tout autre, si, fier du renom qu'il possède depuis longtemps en France comme à l'étranger, renom qu'il a encore sensiblement accru par sa communication sensationnelle en 1890 au Congrès international de Berlin, il avait su se faire aimer des jeunes innovateurs et les soutenir à la fois de son expérience et de son autorité, au lieu de se complaire à les étreindre d'une lourde main. Il se serait ainsi évité bien des justes critiques.

IV. Inexactitudes relevées dans les Comptes-rendus officiels de plusieurs Congrès et se rapportant à Péan et à Segond.

Nous reprochons également à M. Péan d'user, dans ses discussions, comme dans ses statistiques, de procédés inacceptables. Citons, entre autres exemples, les comptes rendus du Congrès de Chirurgie de Paris en 1893. M. Péan, que nous venions de prendre à parti, au sujet de la forcipressure définitive des ligaments larges, nous répondit :

« Je suis le premier à approuver les perfectionnements opératoires
« que de jeunes chirurgiens ont apportés à ma méthode..... Mais M.
« Doyen me conteste l'invention de l'hémostase.... Les chirurgiens
« auxquels je m'adresse n'ont heureusement pas été mes maîtres, ce
« qui me permet de leur parler sans réserves. Je mets au défi MM.
« Kœberlé et Verneuil de me contester la priorité de l'hémostase par
« pincement. Si les chirurgiens dont je parle connaissent ce procédé,
« c'est moi qui le leur ai appris ; mais je doute qu'ils le connaissent
« bien. »

M. Verneuil réplique : « M. Péan vient dans son discours, sans motif,
« sans excuses, de prononcer à mon égard une parole tout à fait dis-
« courtoise.— Deux chirurgiens, a-t-il dit, MM. Kœberlé et Verneuil, dont
« je ne suis pas l'élève heureusement..... Il est parfaitement vrai que
« M. Péan n'a jamais été mon élève. J'ai des élèves nombreux, et
« aucun d'eux ne ressemble à M. Péan. En revanche, M. Péan vou-
« drait faire croire que c'est moi qui suis son élève, car il m'aurait
« appris la forcipressure ; or, cette assertion est extraordinairement
« inexacte. M. Péan n'a jamais été mon maître, Dieu merci ! » .

On se souvient que c'est à propos de cette discussion, qui avait eu pour origine notre propre communication sur les inconvénients de la méthode de Péan, que Péan a proposé *le fameux match Péan-Verneuil* et soulevé ainsi l'hilarité de quelques-uns, la réprobation de beaucoup d'autres.

Quel ne fut pas notre étonnement, en recevant les comptes-rendus officiels du même Congrès, d'y trouver, sous la rubrique : « *Réponse à Doyen, à Kœberlé et à Verneuil* » (Voir *Table des matières*, page 853) et, sous forme de discussion, une longue réplique de six pages (p. 30 à 36) écrite à tête reposée, et où Péan discute pied à pied les arguments devant lesquels il était resté coi en séance.

M. Péan y parle de « la plume sénile de Kœberlé, ce chirurgien qui « vit à l'étranger et qui, dans un libelle outrageant, se contente d'attribuer à Verneuil la découverte du pincement préventif... »

Péan ajoute à une série d'arguments aussi artificiels que puérils, comme celui-ci : « Cette assertion m'étonne d'autant plus que j'ai vu « le Dr Doyen père, un de mes bons et anciens camarades d'internat, « assister à mes hystérectomies vaginales à Saint-Louis et qu'il n'avait « jamais songé à me faire part de la grande découverte de son fils », ces dernières lignes : « J'ai la prétention de croire que les succès de « notre pratique n'ont pas encore été dépassés par ceux de M. Doyen, « qui a eu le bonheur de naître à un âge (!!) où il lui était vraiment « trop facile de profiter de mes découvertes. »

Nous espérons que le Secrétaire général du Congrès a laissé publier, par inadvertance, cette note irrégulière et que la responsabilité en incombe exclusivement à son auteur. Heureusement, les journaux médicaux hebdomadaires, écrits au jour le jour, ne se prêtent pas à ces substitutions et le *Bulletin médical* (1893, p. 315) demeurera le témoin impartial de l'incorrection du procédé de Péan.

La grande renommée de Péan était cependant bien tentante. Aussi la communication du maître à l'Académie de Médecine en 1890 sur la *castration utérine* dans les cas de suppuration pelvienne fut-elle, pour Segond, toute une révélation; et ce dernier, subitement épris d'admiration pour la méthode de Péan, abandonna ses espérances antérieures, et changea immédiatement de voie, pour se livrer à la gynécologie.

En se déclarant *l'alter ego* de Péan, Segond venait à bonne école. Aussi relevons-nous, dans les Comptes rendus du Congrès de Bruxelles, page 47, cette note extraordinaire, annexée par Segond à son rapport officiel :

« Dans sa dernière communication du Congrès de Paris, en 1891

« (*Voir Comptes-rendus*, p.234), Doyen a soulevé une question de « priorité qu'il importe de réduire à sa juste valeur... »

C'est le comble ! M. Segond, qui a préféré, et pour cause sans doute, ne pas citer dans son rapport, en 1892, ma communication de 1891, qui me donnait l'antériorité sur lui-même, sinon sur Péan, ajoute à ce même rapport, après le Congrès, une note où il prétend que j'ai, *dès 1891*, commis ce terrible méfait, qu'il ma prêté seulement dix-huit mois plus tard.

Plus loin, page 453, sous ce titre « Réponse à M. Doyen », réponse dont les termes sembleront bien atténués à tous ceux qui se souviennent de la véhémence avec laquelle il m'avait reproché à Bruxelles ma prétendue réclamation de priorité, Segond s'exprime ainsi : « Je « suis heureux d'entendre M. Doyen affirmer ses préférences pour « l'hystérectomie vaginale... Je tiens cependant à relever, dans la « communication de M. Doyen, quelques affirmations dont il importe « de bien préciser la portée : sa priorité opératoire d'abord. En fait, « elle ne paraît pas discutable, puisque sa première hystérectomie « vaginale, exécutée de propos délibéré dans un cas de suppuration « pelvienne, remonte au 3 décembre 1887, alors que la première hys- « térectomie pratiquée par Péan, dans les mêmes conditions, date du « 12 décembre 1887. On doit par conséquent féliciter notre con- « frère de Reims de son heureuse et très précoce initiative, mais « je ne crois pas que *l'extrait de baptême* de l'opération de Péan « puisse réclamer de ce chef la moindre modification... Les reven- « dications de M. Doyen sont trop tardives pour lui valoir *un droit* « *de paternité* quelconque sur la méthode elle-même... » La note de la page 47 et la réponse de la page 453 sont loin de s'éclaircir l'une l'autre. On constatera toutefois que Segond m'accorde, page 453, ce qu'il m'avait si énergiquement refusé à Bruxelles, la priorité de conception de la méthode. Je ne lui ai jamais demandé d'autre concession. Il ne tenait qu'à lui de clore la discussion dès cette époque sur les expressions, assez plaisantes à propos de la « castration des femmes », d'« extrait de baptême » et de « droit de paternité ».

Vraiment c'est bien à Péan et à Segond de me reprocher de m'appuyer sur des arguments inexacts. A Bruxelles, Segond m'accuse, pour avoir donné une simple date, d'une réclamation indélicate de priorité. Bientôt, on imprime que c'est moi qui ai commis ce forfait abominable et *on l'antidate de 18 mois*.

A Rome, je démontre l'inutilité, dans l'hystérectomie abdominale et

vaginale (p. 108 à 111), de toute hémostase préventive et je termine en disant « que je ne me sers plus guère des pinces dites hémostatiques, au cours de mes laparotomies, que pour maintenir les compresses, et ne pas risquer de les oublier dans le ventre. »

Péan répond : « Je remercie M. Doyen d'avoir dit que c'est à ma méthode de pincement des vaisseaux et de morcellement qu'il doit ses succès dans l'hystérectomie » (*Voir Comptes-rendus du Congrès de Rome*, p. 111). C'est habile peut-être, mais quelque peu inexact.

Fidèle à son habitude de compléter après coup ses répliques d'arguments, qu'il ne possédait pas au moment où il a pris la parole, Péan prétend qu'en 1887 j'ai fait connaître sa méthode à Reims. Il est indéniable qu'en 1887 je n'ignorais pas que Péan opérait avec succès, par le vagin, le cancer ou les fibromes utérins. Je cite même sa section bilatérale du col ; mais où Péan a-t-il pu lire, dans cette note de l'*Union Médicale du Nord-Est*, que j'ai dit avoir employé sa méthode ?

Je reconnais qu'il n'existe pas, dans le n° 8 de l'*Union Médicale du Nord-Est* de 1887, de grands détails sur le manuel opératoire employé ; mais ma communication n'avait pas été faite dans le but de décrire un manuel opératoire, encore mal déterminé, puisque je n'avais fait que 2 opérations.

Je venais au contraire de présenter, après mon premier succès, mes pinces à pression élastique, qui avaient été quelques jours avant, le 9 mars 1887, l'objet d'une communication à la Société de Chirurgie de Paris. Il n'est fait dans cette note aucune mention d'hémostase préventive. L'hémostase définitive a été faite dans le premier cas de bas en haut avec des pinces de Richelot, dont la mauvaise construction a déterminé la mort de la malade ; la deuxième opérée a guéri, et, malgré une perforation de la vessie qui était adhérente à l'ulcération cancéreuse, l'emploi de nos pinces à pression élastique, au nombre de deux, a été suivi d'un plein succès.

Je cite également l'application de l'hystérectomie comme excellente dans bien des cas où l'on pratiquait jusqu'alors de préférence l'opération de Battey ou *castration ovarienne*. On ne niera donc pas que j'avais à ce moment des idées personnelles sur la *castration vaginale*. Je cite, pour mémoire, le morcellement de Péan pour les fibromes, avec section bilatérale de l'utérus.

Ma première hystérectomie vaginale pour fibromes interstitiels multiples n'a eu lieu qu'un peu plus tard (17 mai 1887). La pièce, celle qui est représentée page 107, Fig. 43, dans ma brochure de 1893 (*Archives provinciales de Chirurgie : Deux Procédés d'hystérectomie abdominale et vaginale*, 2^e édition), démontre que j'ai pratiqué la section antéro-postérieure totale du col, puis la section antéro-

postérieure de la paroi antérieure *seule* du corps de l'utérus. C'est au cours de cette troisième opération, plus difficile que les deux premiers cas, où l'utérus avait été isolé sans forcipressure préventive et extirpé après incision médiane peu étendue de la lèvre antérieure du col et forcipressure définitive des ligaments larges, que j'ai déterminé mon procédé d'hémisection médiane antérieure. Cet utérus mesurait 19 cent. sur 13. J'ai enlevé d'abord trois petits fragments, puis un gros, incisé en V et entr'ouvert (Figure 43, p. 107), enfin la masse totale, restée adhérente au col, en l'inversant dans le cul-de-sac antérieur, comme je le pratique encore aujourd'hui.

Nous avons fait cette opération avec le docteur Decès et notre assistant, M. le Dr Roussel, alors interne à l'Hôtel-Dieu de Reims.

En présence de l'impossibilité d'abaisser l'utérus enclavé, et trouvant la section antéro-postérieure beaucoup plus logique que la section transversale de Péan, qui exige l'hémostase préventive, nous avons fendu le col d'abord, tout entier, d'avant en arrière, sur la ligne médiane. Puis, trouvant cette section totale inutile, nous avons sectionné la paroi intérieure seule du corps de l'utérus, observant au fur et à mesure de l'opération que la bascule en avant de l'utérus entr'ouvert était la manœuvre la plus facile et la plus sûre et que la simple section de la paroi antérieure suffisait pour l'effectuer.

V. Réponse directe aux principaux arguments développés contre nous à Genève par Péan et Segond.

Il nous reste à réduire à leur juste valeur les réclamations directes assez vives qu'ont faites, au Congrès de Genève, Péan et Segond, à propos de notre communication. Ces réponses ayant été publiées par plusieurs journaux, il convient d'en réfuter les termes point par point.

Les réponses de Péan et de Segond, si nous nous en rapportons au texte de la *Médecine moderne* et de la *Presse médicale*, se réduisent à six arguments:

1) M. Péan (*Médecine moderne*, p. 564). « M. Doyen ne vient-il pas d'affirmer qu'il a fait avant moi l'hystérectomie vaginale? Or, en 1883...., M. Doyen commençait à peine ses études médicales. »

2) « M. Doyen n'écrivit-il pas, dans le *Journal du Nord-Est*, en 1887, qu'il avait fait une hystérectomie vaginale dans un cas de fibrome utérin, et qu'il avait réussi, *parce qu'il avait suivi la méthode de Péan.* »

3) « A Bruxelles, quelle ne fut pas la surprise de Segond, lorsqu'il entendit M. Doyen annoncer qu'il avait appliqué avant moi l'hystérectomie vaginale au traitement des suppurations pelviennes. »

4) « Quant à moi, dit Péan, ce fut seulement en 1894, lorsque M. Baudron publia son excellente thèse inaugurale, que j'appris sur quoi était basée la revendication de M. Doyen. Celui-ci avait prié Secheyron d'insérer, au bas d'une page, 4 lignes, dans un travail qu'il avait publié deux ans après celui qui lui avait fait remporter le prix à l'Académie de médecine. J'écrivis à M. Secheyron. Il me répondit que M. Doyen avait été son collègue d'internat, qu'il ne lui avait jamais communiqué d'observations, et qu'il avait inséré ces quelques lignes sans y attacher d'importance. »

5) « M. Péan termine par son lieu commun habituel sur le pincement des vaisseaux (*Presse médicale*, p. 454). »

6) Segond prétend à son tour que, dans ma communication, je soutiens que ma méthode est la première en date. Il ajoute en termes « *ab irato* » que « les arguments forgés par M. Doyen sont inexacts » et que « la méthode de Péan, si bien jugée par Bouilly, n'a rien de commun avec les *descriptions fantaisistes* dans lesquelles Doyen se complait quand lui reviennent ses idées fixes de priorité. »

1) Le premier point se réfute par l'absurde. En 1883, j'étais interne de seconde année à Paris, en congé pour le service militaire, et dans ma cinquième année d'études médicales. Assurément, je n'avais pas encore fait d'hystérectomies vaginales.

2) Le 4 mai 1887, nous avons en effet mentionné, à la suite de nos deux premières observations d'hystérectomie vaginale pour cancer et de la présentation de nos pinces à mors élastiques pour les ligaments larges, dont l'emploi se généralise de plus en plus, les avantages de l'hystérectomie vaginale sur l'opération de Battey, dans les cas où cette dernière est indiquée.

Nous avons cité également, d'après Péan, dont nous connaissons, par ses publications dans la *Gazette des hôpitaux*, les opinions sur les avantages du morcellement vaginal des fibromes utérins, une de ses opérations d'hystérotomie, mais nous n'avons jamais écrit que nous l'ayons imité. Nous avons vu plus haut que, bien au contraire, nous avons employé, pour notre première hystérectomie vaginale d'utérus fibromateux, une méthode originale et toute différente.

Nous n'avons en effet pratiqué que quelques jours plus tard (17 mai 1887) notre première hystérectomie vaginale totale pour fibromes utérins dans un cas de tumeurs interstitielles multiples et d'enclavement

pelvien. Nous n'avions encore vu pratiquer l'hystérectomie par aucun chirurgien et c'est sans doute à cette particularité que nous avons dû demettre en pratique d'emblée notre manuel opératoire si simple, que nous avons ainsi imaginé sans subir la moindre influence extérieure. Or ce manuel opératoire ne dérive en rien de celui de Péan.

3) A Bruxelles, et il faut que ce point soit définitivement établi, je n'ai jamais *revendiqué la moindre priorité*.

J'ai cité la date de ma première hystérectomie pour suppuration péri-utérine et fait remarquer à Segond qu'il aurait pu ne pas m'oublier dans son rapport. J'ai donné en même temps, en opposition avec le procédé de Péan, la description de *mon procédé d'hystérectomie vaginale*.

Segond, me prenant immédiatement à parti, m'a reproché de réclamer tardivement la priorité contre Péan. Nous avons fait remarquer qu'il n'est fait, dans les comptes rendus officiels du Congrès de Bruxelles, aucune mention de la longue réponse de Segond. Et, sans les comptes rendus du *Bulletin médical* et de la *Semaine médicale* (page 1239 et 385) auxquels nous devons ajouter la note détaillée de Baudron (Thèse, page 9), note extraite de l'addition après coup ci-dessus mentionnée au rapport du Congrès de Bruxelles, personne ne se souviendrait aujourd'hui que Segond, pour nous reprocher une réclamation de priorité *que nous n'avions pas faite*, nous a parlé durant vingt longues minutes (voir plus haut) « de l'extrait de baptême » et du « droit de paternité » de l'opération de Péan, en y ajoutant les merveilles de la résection de l'utérus en valves antérieure et postérieure et de l'évidement central conoïde.

Nous n'avons pas compris ce que voulait dire Segond à propos de cette prétendue réclamation de notre part et nous l'avons simplement remercié de nous avoir appris, ce que nous ignorions absolument, que la première hystérectomie de Péan pour suppuration pelvienne était postérieure à la notre.

Nous ne contestons pas à Segond le droit d'admirer Péan au point de s'en déclarer l'imitateur scrupuleux ; mais il ne saurait obliger les autres à le suivre. Se faire l'alter ego de Péan, dans l'espoir de devenir un second Péan, et pousser l'admiration jusqu'à déclarer sa méthode un procédé « *ne varietur* », n'est pas une preuve d'originalité.

Le défenseur de Péan s'était tellement avancé pour imposer à tous la méthode « du maître », qu'il n'a pu tolérer la moindre critique. Peut-être n'avions-nous pas le droit, à 27 ans, Baudron le dit à peu près en toutes lettres (page 10), d'imaginer un procédé d'hystérectomie : « Le projet de pratiquer une intervention de cette nature ne

« peut vraiment pas naître de toutes pièces dans le cerveau d'un jeune chirurgien, si habile et si audacieux qu'il puisse être. De pareilles entreprises seraient folie, si... »

Baudron, écrivant ces lignes à la fin de son internat, avait-il quelque autorité pour émettre une opinion aussi légère ? Il n'y faut voir que l'inspiration de son maître. Un provincial novice se mettre en opposition contre Péan, et prétendre avoir eu, à 27 ans, à propos d'une indication opératoire analogue, la même idée que Péan avait mis en pratique à l'âge de 56 ans au moins, et avoir réalisé cette indication opératoire par un procédé différent de celui de Péan, meilleur peut-être ! Baudron ne peut l'admettre. Prétendre ma méthode supérieure à celle de Péan ? Quelle audace !

Second ne s'est-il pas contenté de faire « du Péan » ?

Les planches en trois couleurs que nous avons distribuées au Congrès de Bruxelles, et qui représentaient les différents temps de notre procédé d'hystérectomie, ont heureusement fait cesser toute équivoque et ont en quelques instants réduit à néant cette accusation, que notre méthode n'était autre que celle de Péan.

Les Figures 42 et 43 de notre mémoire de 1893 (p. 107), où l'on peut voir les trois premiers utérus que nous avons extirpés, les deux premiers, cancer du corps le 12 février 1887, et cancer du col 19 mars 1887, d'une seule pièce, et le troisième, fibromes interstitiels, le 17 mai 1887, par notre méthode de morcellement, témoignent que nous avons employé d'emblée, non pas le procédé de Muller, mais bien un procédé personnel et original, et que nous avons imaginé à cette époque la section longitudinale simple ou en V de la paroi utérine antérieure. Il est donc inutile de vouloir nous accuser en quelque sorte d'avoir modifié tardivement des observations pour les besoins d'une mauvaise cause.

4) M. Péan cherche à nous faire croire qu'il n'a connu qu'en 1894 sur quoi était basée la revendication de M. Doyen, et prétend que j'ai prié Secheyron d'insérer au bas d'une page trois lignes sans importance. Le mémoire de Secheyron a été publié en 1889.

Secheyron a écrit en note, page 601 : « Notre ami Doyen nous communique cette observation : Un cas d'hystérectomie vaginale pour métrite chronique. Guérison. Les deux ovaires, gros comme une mandarine et purulents, furent enlevés au cours de l'opération. »

C'est évidemment notre observation qui a inspiré à Secheyron ces quelques lignes : « La castration utérine est donc plus recommandable que la castration ovarienne. Le mieux serait d'être plus radical encore et d'enlever l'utérus avec les annexes. »

D'autre part, Secheyron a inséré cette note non pas au chapitre « métrite », mais au chapitre « ovarite ».

Baudron, qui est intervenu assez partialement dans cette querelle de priorité, bien artificiellement « forgée », pour employer ses propres termes, par Segond, à Bruxelles, prétend que j'ai fait cette opération pour une endométrite incurable, sans me préoccuper de l'état des annexes.

L'observation relatée plus haut, dans ma communication, avec le témoignage de deux confrères consultants, anciens internes des hôpitaux de Paris, auquel nous ajoutons, n'en déplaît à ces messieurs, notre propre affirmation, fait foi contre ces trois lignes que je n'ai citées que pour bien affirmer que la date, elle aussi — ce qu'on aurait sans doute soutenu — n'avait pas été inventée après coup.

Je ne puis donc accepter que, malgré mes affirmations contraires, on vienne prétendre : 1° que c'est moi qui ai soulevé, au Congrès de Bruxelles, la *question de priorité* ; 2° que j'ai fait mon opération du 3 décembre 1887 pour une endométrite incurable, sans me préoccuper de l'état des annexes.

M. Segond, qui a été l'auteur de la querelle et l'instigateur de la thèse de Baudron, peut ainsi retourner contre lui-même l'accusation qu'il a portée contre moi à Genève (Voir *Méd. moderne*, p. 564) d'avoir « outrepassé les limites de la courtoisie scientifique ». M. Segond m'a vivement attaqué et m'a accusé à tort. Veut-il me refuser le droit de me défendre ?

Un dernier mot au sujet de la note de la page 601 du mémoire de Secheyron. Secheyron publie tout au long (pages 723 et 734) deux observations d'hystérectomie pour cancer, de Doyen. Ces observations, je les lui ai personnellement adressées.

Il est toutefois imprimé (page 726) que j'ai placé cinq de mes pinces, par surcroît de précautions. Or, j'avais envoyé à Secheyron une note sur mes pinces à pression élastique, qui furent précisément appliquées au nombre de deux seulement — et pour la première fois — dans ce cas. Il y a donc à ce sujet, tout au moins pour le nombre cinq, une erreur typographique.

Secheyron mentionne simplement (page 539) mes pinces, dont je lui avais adressé un modèle, en ces termes : « Les nouvelles pinces de M. Doyen sont fort bien construites. » Je n'avais cependant pas envoyé ce nouvel instrument à mon ami sans quelques commentaires. Or il n'est pas parlé de leur disposition spéciale, le maître ne tolérant aucune atteinte à ce qu'il a fait appeler sur les journaux illustrés, (voir la légende du tableau de Gervex) son « *invention du pincement des vaisseaux* ».

Toutefois Péan n'a pas pu objecter, au sujet de mes pinces à mors

élastiques, comme il l'a fait à Richelot et à Le Dentu, qu'il se servait depuis longtemps de pinces identiques.

Ces détails prouvent que Secheyron n'a pas pu insérer *in extenso* les notes que je lui avais envoyées.

Je l'ai encore moins prié, n'en déplaise à M. Péan, de réduire trois lignes et de mentionner comme opération pour métrite mon observation du 3 décembre 1887. L'observation mentionnait que la suppuration des annexes étant certaine (40°, ballonnement, examen local, etc.) et la laparotomie semblant devoir être laborieuse et exposer à l'épanchement dans le péritoine de liquides septiques, nous avons décidé, de propos délibéré, d'enlever les annexes avec l'utérus par le vagin, l'utérus devant être d'autant plus inutile, chez cette malade, après l'ablation des annexes, qu'il était lui-même atteint de métrite chronique.

En outre, la note de la page 601, ainsi écourtée et privée de la date de l'opération, comme de tout détail technique, aurait même dû, tronquée et modifiée comme elle est, être logiquement classée au Chapitre II, p. 603 et suiv. ainsi intitulé : Hystérectomies vaginales pour suppurations péri-utérines.

Ce chapitre débute ainsi : « Un chapitre nouveau d'indications opératoires de l'hystérectomie « vaginale vient de s'ouvrir : M. Péan, « se trouvant en présence de deux malades très affaiblies, en danger « de mort, atteintes de suppurations péri-utérines, a proposé et exécuté avec succès l'hystérectomie vaginale... »

La première observation mentionnée par Secheyron à cet égard est du 2 juin 1888 ; la seconde du 30 août 1888. Mon observation du 3 décembre 1887 aurait été là bien malencontreuse.

Les additions de la fin du volume (page 783 à page 786) mentionnent sans grands détails une opération de Péan du 8 novembre 1887, d'autres du 12 décembre 1887, etc. Nous avons vu que Secheyron, dans la note qu'il consacre à l'opération de Péan du 12 décembre 1887, p. 783, « ... après excision de l'utérus, les deux ovaires sont trouvés kystiques, renfermant du pus ; les ovaires sont ponctionnés et excisés... », ne mentionne l'ablation des ovaires que comme secondaire. Ce détail ôte toute valeur aux objections de Baudron, basées sur une rédaction analogue de la courte note consacrée par Secheyron à mon opération du 3 décembre précédent (voir p. 614 — 4°).

J'ai dit d'ailleurs plus haut que j'avais fait rentrer de moi-même dans la même catégorie « Phlegmasies utérines et péri-utérines » les observations de Péan du 16 février et du 27 novembre 1886.

Second a donc bien mal servi la cause de Péan en discutant les dates et en reconnaissant que la véritable première opération de

Péan pour suppuration était réellement, ce que nous ignorions, celle du 12 décembre.

Comme il est incontestable que la *Communication* de Péan en 1890 a été la première en date au sujet du traitement par l'hystérectomie vaginale des suppurations péri-utérines et que d'autre part, je n'avais fait à Bruxelles qu'apporter, à l'appui de l'opinion de Péan, un procédé opératoire différent, Second aurait pu, au lieu d'occasionner, pour employer une autre des expressions pittoresques qu'il aime à prodiguer « *ce procès extraordinaire* », ou bien ne pas s'égarer à propos de ma communication, ou bien m'accorder purement et simplement la satisfaction d'avoir eu, neuf jours avant Péan, puisque c'est lui-même qui revendique cette date du 12 décembre 1887, la même idée que lui. Il n'en pouvait rejaillir qu'un peu de gloire pour la chirurgie française ; mais cette sage réserve nous aurait peut-être privé, ainsi que bien des collègues, au cours des récents Congrès, de plus d'un bon moment.

La question est jugée. Je n'ai jamais réclamé et ne réclamerai jamais rien d'autre, au sujet des suppurations pelviennes, que l'honneur d'avoir eu, à la même époque que Péan et quelques jours avant lui, la même idée, de les attaquer par l'hystérectomie vaginale et d'avoir réalisé cette indication *nouvelle* par un manuel opératoire personnel et original.

3) Les revendications de Péan au sujet du « pincement des vaisseaux » ne nous arrêteront pas ici. Les dernières lignes de sa réplique (*Presse médicale*, p. 434) nous obligent seulement à constater que Péan, comme nous l'avons si souvent signalé, se place toujours, à un point de vue général, comme l'inventeur de la forcipressure. Nous verrons qu'il n'y faut voir qu'un artifice habile et que, si l'on va au fond des choses, il ne reste à l'actif de Péan, à propos de la forcipressure, *que l'abus immodéré d'une méthode bien antérieure à lui*, et qu'il n'a su ni comprendre ni appliquer avec mesure.

La crainte du sang a de tout temps tellement préoccupé Péan qu'il accumule dans les opérations les plus simples ses pinces douzaines par douzaines, ne se rendant pas compte que, si rien ne saigne lorsqu'une demi-heure après il en fait l'ablation, c'est qu'il n'y avait en réalité, entre les mors des pinces, aucun vaisseau de calibre appréciable. Une simple compresse assure en cinq minutes le même résultat. La méthode opératoire générale de Péan est partout empreinte des mêmes hésitations et des mêmes complications, toutes factices et artificielles.

6) Nous avons suffisamment démontré que c'est encore par artifice que Segond nous accuse d'avoir dit que notre méthode d'hystérectomie était la première en date. Péan n'a-t-il pas dit « qu'en 1883 », alors qu'il avait déjà fait 3 hystérectomies vaginales, — dont 1 mort, — « je commençais à peine mes études médicales » ?

Segond prétend « *fantaisistes* » les descriptions que je donne, dans ma communication au Congrès de Genève, du manuel opératoire de Péan. Sans doute Segond a oublié les termes mêmes employés par Péan dans ses communications de 1890 et répétés textuellement par lui-même au Congrès de Bruxelles (Voir *Clin. de Péan*, T. VIII, p. 152 et 133). Segond a cependant employé, tout d'abord au moins, le procédé publié par Péan à Berlin, et Baudron, en nous signalant, page 57, que Segond a pratiqué pour la première fois, le 20 mars 1891 seulement l'incision simple du cul-de-sac vaginal postérieur, nous démontre bien son emballement initial sur la castration utérine.

Segond va jusqu'à perdre, quand on le contredit, la mémoire de ses propres textes. La description succincte que nous avons donnée à Genève de l'opération de Péan est en effet, à part quelques modifications de mots, absolument conforme à celle qu'en a donné Segond lui-même en 1891 à la Société de Chirurgie (Baudron, p. 39).

« ... Chaque étape comprend quatre temps principaux : 1° la libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus ; 2° la section des ligaments larges (Segond oublie de dire : après forcipressure) ; 3° la division en deux valves de la portion de l'utérus libérée par les deux manœuvres précédentes ; 4° l'excision des deux valves ainsi obtenues. »

Segond et Péan ne veulent pas accepter d'être discutés. Ils n'y peuvent réussir. Les critiques que nous avons faites au Congrès de Genève ne nous sont pas personnelles. Péan et Segond pourraient savoir que la plupart des chirurgiens étrangers qui visitent la France ne se contentent pas d'assister à leurs opérations, mais que ces messieurs visitent d'autres services et parfois même nos cliniques. Les chirurgiens étrangers sont des observateurs consciencieux et désintéressés.

Il nous suffira de répondre aux reproches de Segond, de ne pas accepter sans réticence ses conclusions ou celles de Péan, que les chirurgiens étrangers que nous recevons sont libres de leurs appréciations, libres de nous communiquer, si nous leur en faisons la demande, ce qu'ils ont vu et noté dans différents services, comme nous les laissons libres de critiquer ce qu'ils ont vu chez nous.

C'est même là, certains semblent l'ignorer, ce qui constitue l'*esprit scientifique vrai*, contraire peut-être à cette « courtoisie » ou pour

mieux dire à cette complaisance scientifique, que semble réclamer M. Segond.

VI. — Quelques appréciations de l'opération de Péan.

Résultats opératoires immédiats médiocres, malades courant de médecin en médecin dans l'espoir d'obtenir quelque soulagement à leurs souffrances, *mais fuyant parfois « docilement » l'examen indiscret de tout autre chirurgien*, tels sont les résultats véritables de la méthode de Péan, entre les mains du maître et de celui qui s'est affirmé son premier élève, Segond.

Nous avons démontré que les statistiques de Péan étaient inexactes. Péan le sait-il ? Peut-être non. Le fait indéniable, c'est qu'il se base, dans ses communications sur les résultats immédiats et les suites éloignées de ses opérations, sur des documents contestables et qu'il ne prend pas soin de vérifier lui-même.

Péan vous répondra que personne ne surveille mieux que lui et les suites immédiates et les résultats éloignés de ses opérations. Ses assertions solennelles produisent peut-être quelque effet sur le « bon public ». Elles sont fastidieuses pour ses collègues, qui savent tous que les malades de Péan sont soignées, à de rares exceptions près, par ses aides habituels, qui se garderaient bien de risquer de perdre les bonnes grâces du maître en lui confectionnant de mauvaises statistiques.

Aussi les chiffres relatés par Segond, tout en n'étant pas, paraît-il, l'expression de sa statistique intégrale, donnent-ils une mortalité très supérieure à celle des statistiques de Péan. Nous pouvons même relever, bien que très rares soient les hommes qui, à l'exemple de M. H. Delagénère, ont le courage de dire publiquement ce qu'ils avancent si volontiers, en se basant sur des documents personnels incontestables, en petit comité, quelques affirmations déjà publiées sur les mauvais résultats éloignés de la méthode de Péan et de Segond.

« Segond, dit H. Delagénère, a blessé 9 fois le rectum et 2 fois l'intestin grêle sur 200 hystérectomies, dont 82 pour ovarites ou salpingites simples, sclérokystiques ou parenchymateuses » (*Cong. Fr. de Chir.*, 1895, page 737). Nous devons donc compter, en retranchant ces 82 cas simples, 11 blessures de l'intestin sur 118 opérations de salpingites adhérentes, proportion considérable.

« Les statistiques, même telles que les a publiées Segond, sont désastreuses. Dans les gros pyosalpinx, il compte (Baudron) 10 morts sur 37 opérations. Pour les petits pyosalpinx, sur 77 cas, il y a 3 morts et 22 opérations incomplètes. »

Plus loin, M. H. Delagénère dit, page 758 :

« Beaucoup de malades opérées à Paris par les plus grands maîtres

« continuent à souffrir autant qu'avant l'opération. Tous les médecins de province ont vu des cas semblables. Mon frère a eu à soigner 2 malades opérées par Péan : l'une portait au fond du vagin une fistule intarissable; l'autre est morte peu après d'urémie. »

Ces résultats peu favorables de la méthode de Péan commencent à être généralement connus et à déconsidérer, auprès de bien des personnes, la chirurgie en général. Il ne pouvait en être autrement, et il suffit de parcourir en détail les observations que nous avons citées plus haut et d'y relater le nombre considérable d'opérations incomplètes, et par suite *mauvaises* au point de vue thérapeutique, pour conclure que nous n'exagérons aucunement et que l'opération de Péan doit être *généralement et définitivement abandonnée*.

Les résultats obtenus par Segond sont aussi défectueux, et M. Delagénère nous signale, pour des cas de petits pyosalpinx, sur 77 cas, 22 opérations incomplètes, soit un peu plus de 28 %, et, pour les gros pyosalpinx, 10 morts (probablement après opérations incomplètes) sur 37 opérations. Soit un chiffre vraisemblable, sur 114 interventions, de 32 opérations partielles et inachevées. Nous avons vu que Péan comptait, sur 193 opérations, au moins 76 interventions incomplètes, soit 40 %.

Segond, qui, par l'organe de son élève préféré, vient, pour me contester d'avoir réellement conçu l'idée de la castration vaginale totale, me reprocher d'avoir signalé que, sur mes vingt premières opérations, j'ai dû laisser 3 fois tout ou partie des annexes, aurait donc dû, plutôt que de m'adresser un reproche immérité, modifier, d'après mon propre exemple, sa pratique personnelle. Nous serions d'ailleurs curieux de pouvoir comparer à la nôtre la statistique *intégrale* de Segond, déjà réclamée en vain par d'autres collègues.

Au Congrès de Bruxelles, en 1892, nous avons signalé que, 4 fois sur nos 89 premières opérations, il nous avait paru impossible d'enlever la totalité de l'utérus.

Segond nous reprochera-t-il d'avoir, dans nos débuts, agi avec circonspection. 4 fois sur 89 cas, avons-nous dit à Bruxelles, nous n'avons pratiqué que l'incision des poches, et sur les 83 cas où l'hystérectomie totale a été faite, c'est à peine si nous avons laissé 3 fois tout ou partie des annexes haut situées et très adhérentes. Baudron aurait mieux fait, dans l'intérêt même de la méthode qu'il préconise, de ne pas relever ces chiffres, qui viennent témoigner au contraire contre la thèse qu'il soutient, si nous leur comparons le nombre invraisemblable des opérations incomplètes que nous avons signalées plus haut de Péan et de Segond, que ces derniers ne pratiquent habituellement que la « *castration utérine* ».

Les chiffres cités par Baudron contre nous démontrent donc au contraire que nous tentions toujours, dès 1887, à moins de danger réel, la « *castration totale* ». Nous sommes plus habiles aujourd'hui ; toutefois nous n'avons perdu, sur nos 89 premières opérations que 4 malades, ce qui est très peu. Nous n'avons donc pas à regretter d'avoir été prudents.

Nous tenons également à faire constater que, non seulement nous n'avons jamais mis 2 heures, 2 heures 1/2, 3 ou 4 heures à une hystérectomie vaginale, souvent en pareil cas défectueuse et incomplète, mais que le temps de 1 h. 1/2 pour les plus gros fibromes, *dans nos premières opérations*, et de 30 à 40 minutes, pour les cas de lésions inflammatoires, n'a pas, d'après nos notes, été dépassé. Actuellement nous opérons beaucoup plus vite. Il est donc juste que nous opposions au manuel opératoire si compliqué et si laborieux de l'opération de Péan la technique si simple et si rapide de la nôtre.

Péan ne craint pas, d'ailleurs, de citer à l'appui de sa méthode ceux même qui ne l'ont employée qu'exceptionnellement, et, pour ainsi dire, par éclectisme.

Nous avons remarqué, en effet, que Péan, dans sa communication à Genève, avait cité comme adhérents principaux à sa manière de voir et comme « *ouvriers de la première heure* » : Segond, Jacobs et Landau. Or, Jacobs tend à abandonner la forcipressure.

Landau, dans une publication récente (*Vaginale radical Operation*, Berlin, 1896), que Péan n'a sans doute pas comprise, est loin de tant vanter la méthode de Péan. Il est vrai que, dans les premiers chapitres, Landau semble admettre les arguments de Baudron ; nous lui en avons fait le reproche.

« Pourquoi », nous a-t-il répliqué tout récemment, au moment même où nous écrivions ces lignes, « avez-vous laissé ces critiques sans réponse ? A l'étranger on y a ajouté foi. »

« — Je le regrette, ajoutai-je, mais vous comprendrez que, s'il eût été de mon devoir de répondre à Péan ou à Segond, je ne pouvais que manifester, par mon silence, le dédain que méritaient les artifices grossiers employés, dans un but trop évident, par un de leurs élèves. Des allégations aussi partiales ne sont dignes que de mépris ; nous avons donc préféré laisser s'accumuler critiques sur critiques, documents sur documents. »

« La seconde réunion du Congrès international de Gynécologie nous paraissait en effet, sans conteste, le lieu où devait se juger la querelle provoquée sans raison quatre ans auparavant, devant la plupart des mêmes auditeurs, par Segond. »

La bonne foi de Landau a donc été surprise, comme celle de tant d'autres. Landau, qui, dès le 28 juin 1887 (1), a mis en pratique en Allemagne, dans sa troisième opération d'hystérectomie pour cancer, l'ablation de l'utérus sans forcipressure préventive, mais avec pincement définitif de bas en haut des ligaments larges, sans savoir que nous employions nous-même, depuis février 1887, un procédé analogue, a opéré par cette méthode jusqu'en 1890, c'est-à-dire pendant trois ans, avant de connaître la méthode de Péan.

Il est même assez curieux de constater que, séparément, nous avons tous deux, vers la même époque, trouvé inutile de pratiquer la moindre hémostase avant d'avoir libéré l'utérus en avant et en arrière, et qu'en outre nous avons été conduits à pratiquer la forcipressure définitive des ligaments larges, au lieu de la ligature, par cette idée qu'il était possible par cette méthode d'exciser une beaucoup plus grande étendue des ligaments larges, et par suite de mieux éviter les chances de récurrence. Comme nous, Landau, dès 1887, enlevait les annexes à la suite de l'utérus, d'une seule pièce, en laissant trois ou quatre pinces au dessus de ces dernières.

Le 3 mars 1888, Landau avait fait, lors de sa communication, 7 hystérectomies vaginales par ce procédé. Landau n'a pratiqué l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne de propos délibéré qu'après la communication de Péan à Berlin, en août 1890; il n'avait auparavant enlevé qu'occasionnellement, au cours de ses hystérectomies vaginales pour cancer, des tumeurs annexielles suppurées.

Loin d'être un des défenseurs de la méthode de Péan, Landau a, au contraire, amplement contribué par son intéressante brochure, où il figure nos instruments et tous les détails de notre manuel opératoire, qu'il a adopté dans un certain nombre de cas, à faire connaître notre méthode en Allemagne. De passage à Reims, il avait assisté, il y a deux ans, dans une même matinée, à notre clinique, à 9 opérations d'hystérectomies, 2 abdominales totales et 7 vaginales, dont une seule incomplète (tuberculose utérine, pyosalpinx massif tuberculeux, tuberculose intestinale).

Landau préfère à notre méthode d'hémisection médiane antérieure la section antéro-postérieure totale de l'utérus, et réserve le morcellement de Péan à des cas très rares et d'une difficulté exceptionnelle. Nous croyons lui avoir démontré depuis :

1° Que l'hémisection totale de l'utérus n'offrait aucun avantage appréciable pour l'extraction des annexes sur notre procédé plus simple

(1) *Berlin. Klin. Woch.*, 1888, p. 180 et 183.

d'hémisection médiane antérieure, car nous enlevons d'abord les annexes les plus accessibles, nous pinçons au dessus d'elles et sectionnons le ligament large correspondant, puis nous enlevons ensuite, en nous aidant de tractions sur l'autre corne utérine, les annexes de l'autre côté;

2° Qu'il y a un avantage réel et indiscutable à n'employer, au lieu d'un manuel opératoire variable, qu'un procédé unique et bien déterminé comme le nôtre, qui s'applique sans exception, avec de légères modifications de détail (section en V, etc.), à tous les cas de salpingites opérables par le vagin.

N'oublions pas que, comme nous, Landau est partisan absolu de de l'ablation complète des annexes à la suite de l'utérus, et qu'il a nommé de son côté « *Vaginale radical Operation* » notre castration vaginale totale.

Toute opération incomplète est inadmissible, à moins qu'il n'y ait danger réel pour la vie de la patiente à terminer les manœuvres d'extirpation des annexes. Il faut donc adopter, pour les cas difficiles en particulier, le procédé le plus simple, le plus sûr et qui donne le plus de jour au fond de la boutonnière vaginale: celui que nous avons décrit.

Baudron (p. 63) reconnaît d'ailleurs que notre procédé est le meilleur quand l'utérus s'abaisse facilement. On l'exécute alors, non pas en 10 mais en 3 minutes, y compris l'ablation des annexes. Nous avons démontré, en outre, à nombre de collègues, que ce procédé est encore le meilleur dans les cas les plus compliqués.

Segond, revendiquant à Genève, en faveur de la méthode de Péan, l'opinion de Bouilly, ne pouvait nous faire une plus ample concession. Vraiment nous devons trop à Segond.

A Bruxelles, il nous donne la priorité de date pour l'hystérectomie vaginale en cas de suppuration pelvienne.

A Genève, il s'associe au jugement de Bouilly à propos de la méthode de Péan; il s'exprime donc, avec Bouilly, en ces termes (*Presse méd.*, p. 441):

« Je ne saurais passer sous silence trois noms intimement liés à l'histoire de la nouvelle opération: Péan, qui l'a imaginée (en même temps que Doyen, ajouterait Segond); Segond, qui l'a vulgarisée; Doyen, qui en a donné la meilleure technique ».

Quelle nouvelle concession pourra bien nous faire notre excellent collègue au prochain Congrès de Gynécologie?

II. — Hystérectomie abdominale totale ⁽¹⁾.

Depuis la publication de notre premier procédé d'hystérectomie abdominale totale par la laparotomie, en septembre 1892, à la première réunion de ce Congrès, où nous avons fait ressortir l'inanité de la méthode d'hémostase préventive et de morcellement de Péan, nous

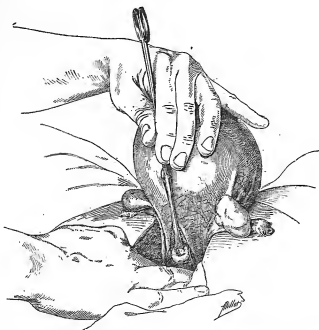


Fig. 16. — Hystérectomie abdominale totale (Procédé de Doyen). — Premier temps. — La tumeur est attirée au-dessus du pubis. — Perforation du cul-de-sac vaginal postérieur et préhension du col.

avons modifié notre manuel opératoire et exécuté l'isolement de l'utérus, non plus de haut en bas, par décortication sous péritonéale progressive, mais de bas en haut, dans la position de Trendelenburg.

La tumeur extraite de l'abdomen, grâce à un crochet spécial ou à l'aide de la pince et de l'élevateur de Reverdin, pour les très grosses tumeurs, nous perforons le cul-de-sac postérieur du vagin à l'aide d'une pince courbe. La boutonnière agrandie, le col est saisi à l'aide de la nouvelle pince érigée que nous présentons au Congrès, et qui peut recevoir en chirurgie les plus multiples applications (Fig. 16). Nous libérons de deux coups de ciseaux les attaches latérales du col, qui s'é-

(1) Doyen. — Communication au Congrès international de Gynécologie de Genève, 1896.

lèvre de quelques centimètres. La lèvre antérieure, si elle n'était pas accessible antérieurement, est saisie à son tour, la muqueuse du cul-de-sac antérieur du vagin sectionnée, et le col, attiré en haut, se détache en un instant de la vessie, de bas en haut, et sans danger de lésion des uretères (*Fig. 17*).



Fig. 17. — Deuxième temps. — Arrachement du col, qui se détache sans difficulté de la vessie après section de ses attaches vaginales et juxta-vaginales latérales et antérieures.

L'index gauche est introduit, de l'abdomen vers le pubis, sous le ligament large du côté droit, isole de l'utérus l'arcade artérielle utéro-ovarienne, et le ligament est sectionné entre l'ovaire et l'utérus. La tumeur, rapidement attirée vers la gauche, du côté de l'opérateur, s'isole en se déroulant en quelque sorte de son enveloppe séreuse (*Fig. 18*) et le ligament large de gauche est à son tour sectionné.

Quelques collègues, après nous avoir vu opérer, ont adopté notre procédé, mais préfèrent pratiquer l'hémostase préventive des ligaments larges. C'est ainsi qu'ont récemment opéré Nélaton et Reclus. Cette modification de notre manuel opératoire est absolument inutile, et, comme nous en avons fait bien souvent la démonstration, il est pres-

que superflu, au moment de la section des ligaments larges tout près de l'utérus, de les saisir entre les doigts.

La tumeur enlevée, nous laissons libre le champ opératoire, afin de bien démontrer aux assistants que c'est à peine s'il en jaillit trois ou quatre jets de sang insignifiants.

Nous faisons l'hémostase à ciel ouvert, comme dans une simple

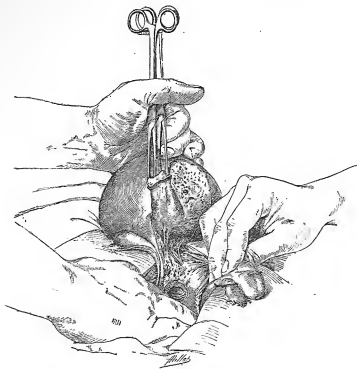


Fig. 18. — Troisième temps. — Section, entre les annexes et l'utérus, du premier ligament large, celui du côté droit, qui est maintenu, s'il y a lieu, pincé entre les doigts et décortication sous-péritonéale de la tumeur par rotation vers la gauche. — Le quatrième temps sera la section du ligament large du côté de l'opérateur, c'est-à-dire le gauche.

amputation de sein. Quatre ligatures suffisent d'habitude, y compris la ligature des pédicules tubo-ovariens, qui sont attirés, après résection des annexes, dans le vagin.

La tranche péritonéo-vaginale, qui parfois saigne un peu, est réduite à une simple lèvre par une suture en surjet, et le péritoine fermé par une double suture en bourse (*Fig. 19*).

Existe-t-il des adhérences multiples, des fibromes sous-péritonéaux ou ligamentaires rendant inaccessible le cul-de-sac postérieur du vagin, nous les énucléons rapidement, après avoir incisé le péritoine au-dessus d'eux, jusqu'à ce que nous puissions perforer le cul-de-sac de Douglas.

Notre opération convient à tous les cas et nous a donné, sauf une mort extra-opératoire chez une femme de 62 ans, cardiaque, et opérée pour des accidents aigus de compression, qui succomba à une pneumonie cachectique, 34 guérisons sur 34 ablations totales presque toutes graves, d'utérus fibromateux, au-dessous de 60 ans. Notre premier procédé, publié en 1892, où nous pratiquions le plus souvent la forcipressure vaginale des ligaments larges, suivie du tamponnement, nous avait donné, pour 26 cas, 3 décès opératoires.

Notre procédé actuel est non seulement le plus simple et le plus

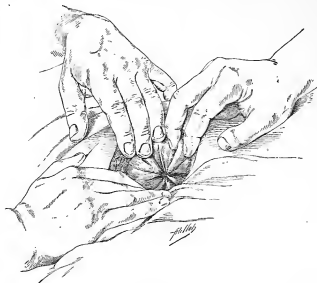


Fig. 19. — Aspect du péritoine pelvien après la fermeture en bourse de la séreuse. — Les ligatures des pédicules tubo-ovariens ont été attirées dans le vagin.

rapide des procédés connus, mais aussi le plus sûr, car il a donné jusqu'ici, entre les mains de divers chirurgiens, les résultats les plus satisfaisants qui soient connus pour l'hystérectomie abdominale dans les cas de fibromes utérins volumineux, soit 147 cas avec 7 décès, ou 4,7 pour cent. De ces 7 décès, 1, pour ce qui nous concerne, devrait être retranché de ce chiffre, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Depuis que nous prenons soin de lier, non plus par exception, mais dans tous les cas, au lieu de les pincer, les pédicules tubo-ovariens et de les attirer dans le vagin, pour fermer au-dessus par un double surjet ou une double ligature en bourse le péritoine pelvien, nous n'avons donc pas eu un seul accident opératoire.

La cavité péritonéale est même plus nette qu'après l'ovariotomie, car elle ne renferme aucun pédicule, ceux-ci se trouvant dans le vagin. Il est donc aisé d'aseptiser complètement la cavité séreuse.

Voici le détail de cette statistique :

Snégiroff (de Moscou)	82 cas 4 m.
Doyen	35 » 1 »
(1 mort à l'âge de 62 ans par broncho-pneumonie, sans lésions péritonéales).	
Fargas (de Barcelone)	13 » 1 »
Goubaroff (de Dorpat)	8 » 0 »
Bordallo (de Lisbonne).	7 » 1 »
Taylor (de Birmingham)	1 » 0 »
Nélaton et Reclus (de Paris)	1 » 0 »

147 cas. 7 morts (1).

Soit 4. 7 %.

Snégiroff et Goubaroff ont, comme Nélaton et Reclus, tout en suivant les principes généraux de notre méthode, apporté quelques modifications de détails.

Snégiroff, dont l'immense pratique a pu lui permettre de faire, depuis mars 1894, le nombre considérable de 97 hystérectomies abdominales totales, car il opère par ce procédé, outre les fibromes, de nombreux cas de cancer et de salpingites suppurées (13 cas avec 2 morts), nous écrivait avant-hier qu'il n'avait pu rencontrer un seul cas de tumeur utérine, si compliquée qu'elle fût, qu'on ne puisse extirper avec succès par notre méthode.

Si notre chiffre personnel d'opérations paraît relativement faible, il n'y faut voir que l'effet de notre prédilection pour l'hystérectomie vaginale, toutes les fois qu'elle est possible.

Nous ajouterons enfin que les quelques modifications apportées par Snégiroff, Goubaroff, Nélaton, Reclus, et quelques chirurgiens, à notre procédé personnel seront abandonnées par leurs auteurs mêmes, dès qu'ils auront pu s'affranchir de la crainte du sang, et se persuader, en osant un peu plus, que moins on redoute l'hémorrhagie et plus on opère vite, moins aussi on s'expose à perdre de sang.

Fargas (de Barcelone), qui met en pratique notre méthode intégrale, et professe, comme nous, un juste mépris pour ces artérioles utérines qui ont tant effrayé Péan et beaucoup d'autres chirurgiens, bien que leur volume soit réellement inférieur à celui de l'artère radiale, est dans le vrai. Son exemple, déjà suivi par beaucoup de collègues, contribuera, en faisant connaître l'inanité de l'hémostase préventive, à remettre en

(1) Nous pourrions ajouter 20 cas de H. Delagènière avec 1 mort, en faisant observer que, sur ces 20 cas, onze fois la tumeur pesait moins de 1,600 gr. et pouvait être enlevée en 15 à 20 minutes par le vagin. (*Arch. Prov. de Chir.* 1894, N° 6 et 1895, N° 8.)

honneur le *cito, tuto et jucunde* de nos anciens maîtres, trop longtemps délaissé pour des méthodes d'hésitation et de tâtonnement.

Des différents procédés d'Hystérectomie abdominale totale. — Avantages de notre méthode de décortication sous-séreuse du segment inférieur de l'utérus

Nous croyons utile de faire suivre notre communication au Congrès de Genève sur l'hystérectomie abdominale totale de quelques observations.

Depuis que Freund, le premier, en 1878, a donné une bonne description du manuel opératoire de l'hystérectomie totale pour cancer utérin, son opération a subi bien des vicissitudes.

La mortalité considérable des premières opérations par la méthode de Freund (Hegar et Kaltenbach signalent, sur 119 cas, 83 morts, soit 72 %), devait d'autant mieux discréditer cette méthode que l'hystérectomie vaginale totale, réhabilitée par Czerny en 1879 et, en 1880, par les succès de Billroth, Schröder, Martin, Wœlfel, etc., donna, dès 1881, sur 52 opérations, une mortalité de 32 % seulement.

Aujourd'hui, il n'est pas rare d'obtenir, pour l'hystérectomie vaginale, 30 ou 40 succès consécutifs et la mortalité varie, entre des mains expérimentées, suivant qu'il s'agit de lésions inflammatoires, de fibromes ou de cancer, de 2 à 3 % ou au maximum à 7 %. Les cas de cancer donnent la mortalité la plus considérable, tant en raison de la fréquence d'une cachexie précoce que de la putridité habituelle de ces néoplasmes, qui, malgré tous les soins préventifs de désinfection, y compris le curetage, pratiqué comme temps préliminaire de l'hystérectomie, expose à l'infection de la cavité pelvienne et des plaies vagino-ligamentaires.

Aussi Freund aurait-il diminué d'emblée sa mortalité opératoire dans des proportions considérables, si, abandonnant la cure du cancer par l'hystérectomie abdominale totale, il avait en l'idée de tenter par la même voie l'ablation totale de l'utérus fibromateux.

Kœberlé, en 1863, fit le premier en France, de propos délibéré, l'hystérectomie abdominale. Il employa le traitement extérieur du pédicule, alors en honneur pour les kystes de l'ovaire. Kœberlé avait déjà fait 9 hystérectomies abdominales, lorsque Péan pratiqua, en 1869, sa première opération. Ces deux chirurgiens, en préconisant pour le traitement du pédicule l'emploi des broches d'acier et du serre-nœud, dotèrent les premiers l'hystérectomie supra-vaginale d'une technique opératoire rationnelle.

Porro (21 mai 1876) appliqua l'hystérectomie supra-cervicale à

l'ablation de l'utérus gravide, dans un cas grave de dystocie. Il sauva l'enfant et la mère, qu'il priva en même temps de la possibilité de redevenir enceinte. L'opération de Porro fut un grand progrès sur l'opération césarienne, encore à cette époque très grave.

La ligature élastique provisoire fut employée pour la première fois par Kleberg (d'Odessa), en 1873, et proposée comme procédé de choix par Martin, en 1878, au Congrès de Cassel. Hegar enfin eut l'idée de laisser à demeure le fil élastique, auquel on substituait jusqu'alors, à la fin de l'opération, un fil métallique. Schrøder (1878) évida et sutura le moignon cervical pour le réduire ensuite dans l'abdomen.

Czerny (1879), Kalténbach (1881), Olshausen (1884) tentèrent avec succès et proposèrent la ligature élastique perdue. Meinert (1885) ouvrit le Douglas et attira le pédicule dans le vagin. Wölfler, von Hacker, Sānger (1886) proposèrent un traitement mixte du pédicule. Sānger, d'autre part, imaginant un nouveau mode de suture de l'utérus gravide par adossement des séreuses, réhabilita l'opération césarienne. On donna à la nouvelle opération le nom d'« Opération de Sānger ».

Péan enfin imagina l'hystérectomie totale par la voie mixte abdomino-vaginale.

Martin employa cette méthode en 1889. Puis il pratiqua l'hystérectomie abdominale totale, avec évidemment du col utérin. Les ligaments larges liés en étages de haut en bas et sectionnés au ras de l'utérus, ce dernier était détaché du vagin, après une série de sutures au catgut, destinées à la fois à faire l'hémostase et à rétrécir les surfaces cruentées, et les fils étaient attirés dans le vagin.

Nous avons publié à Bruxelles, en 1892, au premier Congrès de Gynécologie, un procédé original d'hystérectomie abdominale totale, auquel nous avons été conduit par trois insuccès inattendus de l'hystérectomie sus-vaginale. Convaincu de l'origine pédiculaire des accidents observés, et peu satisfait de l'hystérectomie mixte abdomino-vaginale de Péan, que nous avions tentée une fois dans un cas de grossesse compliquée de cancer du col, nous avons eu l'idée, en raison de la topographie de l'arcade artérielle utéro-ovarienne, de pratiquer l'isolement de l'utérus en dedans de cette arcade *par une décortication sous-péritonéale rapide*, et d'enlever à la fois, après perforation du cul-de-sac postérieur, le corps et le col, source des accidents que nous avons eu à déplorer.

Le 21 septembre 1891, nous avons pratiqué pour la première fois, cette opération. Nous avons enlevé l'utérus par décortication sous-séreuse en raquette, sans hémostase préventive ; puis nous avons lié les ligaments larges, attiré la collerette péritonéale dans le vagin

et refermé le péritoine. Nous n'avons pas appliqué de pinces à demeure. Ultérieurement, nous avons, après avoir lié les ligaments larges, et attiré, *à la suite des ligatures*, toute la collerette péritonéale dans le vagin, placé sur celle-ci, avant de la réséquer, des pinces à demeure.

Nous avons bientôt abandonné cette méthode, qui exposait, en cas de non fermeture de la plaie péritonéo-vaginale, à l'infection du cul-de-sac vagino-utérin, toujours beaucoup plus déclive que l'extrémité des pinces et, de nouveau, nous avons refermé complètement le péritoine pelvien. C'est alors que nous avons modifié notre premier procédé de décortication sous-séreuse de l'utérus (avril 1894), en opérant, sur le conseil de Snegiroff, de Goubaroff, puis de Landau, dans la position de Trendelenburg. Nous avons également modifié le mode d'isolement de l'utérus, qui fut pratiqué désormais de bas en haut pour le col et le ligament large droit, de droite à gauche pour le second ligament (1).

D'autres procédés analogues étant venus se greffer sur les premiers procédés de Péan (procédé mixte abdomino-vaginal), de Freund et sur le nôtre, il est important de bien limiter la question et de déterminer quelle est actuellement la méthode la plus sûre.

Nous discuterons uniquement la question de l'*hystérectomie abdominale totale*, c'est-à-dire l'ablation totale de l'utérus, *corps et col*, en une seule pièce, par l'abdomen.

La question semble, en effet, n'avoir pas été très bien comprise par certains chirurgiens. M. H. Delagénière (2), par exemple, malgré la description explicite et les planches démonstratives que nous avons données en 1892, à Bruxelles, de notre procédé d'hystérectomie abdominale totale (Doyen, 1893, *Deux procédés inédits d'hystérectomie abdominale, et vaginale*, p. 692 et suivantes), paraît le faire rentrer au nombre des procédés mixtes abdomino-vaginaux. Il y a là une erreur manifeste, et l'hystérectomie totale, soit par le vagin, soit par l'abdomen, est caractérisée par l'ablation totale de l'utérus par l'une ou l'autre voie. Or, la description de mon premier procédé est assez explicite à ce sujet.

« La séreuse est rapidement décollée, avec les doigts ou les ciseaux-mousses des faces antérieure et postérieure de la tumeur, et le deuxième ligament large est à son tour détaché et lié. Il est alors aisé,

(1) Communication à la Société belge de Chirurgie, Anvers, 13 mai 1894; in *Flandre médicale*, 1^{er} juin 1894; et *Journal d'accouchement*, de Liège, 3 juin 1894.

Communication au Congrès de Chirurgie de Berlin, 1895 (V. Comptes-rendus, I, p. 161-165). Communication au Congrès de Gynécologie de Genève, 1896 (V. plus haut).

(2) *Archives Provinciales de Chirurgie*, juin 1894, p. 340.

« en rasant le tissu utérin, de détacher d'un seul coup, en complétant « la décortication sous-péritonéale, la totalité de la tumeur, y compris le col, visible par l'incision du cul-de-sac postérieur. »

Le même auteur, page 341, décrit contradictoirement comme procédé « exclusivement abdominal » le procédé de Martin, qui, comme nous, invagine dans le vagin le péritoine pelvien. Or Martin, que nous avons vu opérer, est obligé de pratiquer à cet effet une manœuvre vaginale, un peu moins compliquée peut-être que l'application de pinces à demeure, mais absolument du même ordre, et tout à fait accessoire au point de vue de la détermination du procédé.

Ceci bien déterminé, l'hystérectomie abdominale totale proprement dite ou ablation totale de l'utérus entier et *non morcelé* par la laparotomie, corps et col en totalité, ne comporte que deux méthodes opératoires générales bien distinctes.

1° L'hémostase préventive des ligaments larges et l'isolement progressif de l'utérus de haut en bas, en dedans des ligatures, c'est-à-dire la méthode primitive de Freund plus ou moins modifiée.

2° La décortication sous-péritonéale rapide du segment inférieur de l'utérus. Ce procédé est le nôtre.

Toutes les autres méthodes dérivent de l'un ou de l'autre.

Nous allons étudier quels sont les avantages et les inconvénients de chacun d'eux.

1° L'ablation de l'utérus par ligature progressive des ligaments larges, ou Opération primitive de Freund, telle que l'a perfectionnée Martin, s'effectue en détachant l'utérus de haut en bas en dedans d'une série de ligatures superposées. Martin termine l'isolement du col en plaçant de nouvelles sutures vagino-péritonéales. La tumeur est alors enlevée. L'hémostase est complétée, s'il y a lieu, et les fils sont attirés dans le vagin, où ils invaginent le péritoine pelvien, tout au moins quand il se trouve d'une laxité suffisante. Martin ferme le péritoine par un surjet (*Sem. méd.*, 7 avril 1887, ⁽¹⁾ p. 166). (1) 1894

Les améliorations apportées par Martin à l'opération de Freund sont du plus haut intérêt; toutefois, l'opération, telle qu'il la pratique, présente le principal inconvénient d'être longue, laborieuse et inapplicable dans les cas où des fibromes latéro-utérins se prolongent dans les ligaments larges dissociés.

Excellente dans les cas simples où la partie sus-vaginale du col est longue et étroite, et où les annexes sont haut situées, c'est-à-dire dans les cas favorables à l'application du traitement extérieur du pédicule, la ligature en étages des ligaments larges est impraticable quand

ceux-ci sont dissociés à la surface de la tumeur et envahis par les fibromes. Les fils sont alors très difficiles à placer, et, l'opération terminée, on constate au fond du pelvis une perte de substance péritonéale énorme, bien difficile à combler par des sutures.

2^o Passons à notre procédé. Nous y avons été amené par les observations suivantes : Nous avons fait, dès nos premières laparotomies pour tumeurs du ligament large (1886), cette remarque que la présence dans l'abdomen, au moment de sa fermeture, de surfaces cruentées non recouvertes par la séreuse, aggrave considérablement le pronostic. Nous avons, dès lors, pris la peine, en décortiquant avec soin les tumeurs sous-péritonéales, de ménager la séreuse, de manière à la fermer sans solution de continuité et à traiter par l'occlusion simple ou par le tamponnement aseptique extra-péritonéal, suivant les indications particulières à chaque cas, la plaie celluleuse rétropéritonéale. Il nous fut bientôt permis de reconnaître, en tentant pour d'énormes tumeurs sous-péritonéales le morcellement si vanté par Péan, que les tissus saignaient ainsi beaucoup, malgré l'emploi de ses pinces, et que cette fragmentation des tumeurs donnait lieu à une perte de sang inquiétante, venant exclusivement des veines énormes qui les sillonnent. La tumeur complètement énucléée, l'hémorragie se trouvait tarie comme par enchantement. A peine devait-on lier quelques artérioles sans importance.

Convaincu par ces observations que les gros néoplasmes, qui reçoivent le sang le plus souvent d'artères de petit volume, ne donnaient lieu pendant leur énucléation qu'à la perte du sang veineux dont ils sont le plus souvent gorgés, particulièrement sous le sommeil chloroformique, nous avons tenté d'en pratiquer l'énucléation sous-péritonéale rapide en masse, sans hémostase préventive.

Le succès a répondu à notre attente. Signalons entre autres cas une tumeur sarcomateuse rétropéritonéale de 30 kilogrammes, qui fut enlevée en 5 minutes, d'une seule pièce, sans hémorragie appréciable, par décortication sous-péritonéale rapide.

L'appareil à suspension de Reverdin nous a été dans ce cas d'une utilité incontestable, le poids de la tumeur risquant, si on ne l'avait soutenue, d'arracher, en nous glissant des mains, le mésentère et l'intestin, sinon la veine cave inférieure. La tumeur fut décortiquée en un instant à l'aide des mains, de compresses stérilisées et des ciseaux mousses, enlevée du champ opératoire et la loge bourrée instantanément d'un paquet de larges compresses de gaze. On examina alors la surface d'implantation, afin de pratiquer les ligatures nécessaires.

L'étude de la disposition latéro-utérine des arcades artérielles utéro-ovariennes, que nous pouvons comparer aux coronaires stomachiques,

puisqu'elles rampent au contact de l'utérus et ne le pénètrent que par des branches accessoires, dont, de chaque côté, deux volumineuses, les terminales de l'utérine en bas, et en haut, de l'utéro-ovarienne, dont les troncs sont d'un calibre généralement inférieur à celui de la radiale; d'autre part la constatation qu'après la ligature élastique supra-vaginale l'utérus se trouvait gorgé de sang noir et donnait lieu à sa section à une véritable hémorrhagie veineuse, nous conduisirent à tenter l'ablation totale de l'utérus sans hémostase préventive. Un fil élastique et de nombreuses pinces placés à notre portée par mesure de sécurité, nous pratiquâmes du premier coup, avec une facilité extrême, l'opération que nous avons décrite au Congrès de Bruxelles.

L'originalité de *notre procédé* consiste essentiellement dans la décortication sous-péritonéale du segment inférieur de l'utérus, méthode qui, pratiquée rationnellement, assure la fermeture facile du péritoine pelvien et le traitement extra-péritonéal des ligatures dans les cas les plus compliqués. La particularité la plus saillante de ce procédé d'hystérectomie abdominale totale, le secret de sa supériorité, reconnue par tous ceux qui l'ont employé, sur tous les autres procédés, est ce temps spécial de l'opération, qui consiste à *ménager une large collerette séreuse au pourtour de l'orifice vagino-ligamentaire*. Là est, en effet, la caractéristique principale de notre opération, son point d'originalité absolue.

Le mode d'hémostase, le mode de dissection de la collerette, le mode d'extraction du col, le mode de fermeture de la plaie péritonéo-vaginale, tout cela importe peu. Ménagez beaucoup de péritoine, trop de péritoine même, autour de l'orifice péritonéo-vaginal, et fermez, de préférence au drainage et au tamponnement, le pelvis par un surjet en une suture en bourse, et vous aurez réalisé le *progrès le plus grand* qui, à notre avis, ait été proposé dans la pratique de l'hystérectomie abdominale.

Que vous employiez pour l'extraction de la tumeur une forte érigne, les broches de Péan, la pince élévatrice de Reverdin, ou mieux l'hélice de Clintoeh que nous avons modifiée pour la rendre plus maniable et plus puissante; que vous pratiquiez la ligature immédiate des pédicules tubo-ovariens, ou de l'artère utérine par le procédé ingénieux de Snegiroff et Altuchoff (1), ou bien encore la ligature successive de tout ce qui vient à saigner, tout en poursuivant l'isolement de l'utérus, de haut en bas, comme le préfèrent quelques uns, de droite à gauche ou de gauche à droite, comme l'a décrit

(1) *Eine neue Meth. der Unterbindung der Arteria uterina per Laparotomiam*; in *Monatsch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. III, Heft VI.

en 1896 Kelly (1), qui pratique de la sorte, avec moins de rapidité, le procédé décrit par nous en 1892, *le fond de la méthode demeure identique*.

Nous croyons donc avoir fait œuvre utile en démontrant, pour l'hystérectomie abdominale totale :

1° Que la crainte du sang dont sont empreints tous les autres procédés opératoires était exagérée ;

2° Que la confection d'une collerette séreuse d'une étendue suffisante permet d'obtenir de l'hystérectomie abdominale totale, dans les cas les plus compliqués et même inopérables par toute autre méthode, des succès égaux à ceux de l'ovariotomie ;

3° Enfin en appliquant, dès 1892, cette méthode à la *castration abdominale totale pour suppurations périutérines*.

Tout en revendiquant comme tributaire de notre méthode tout procédé d'hystérectomie abdominale caractérisé par la décortication sous-péritonéale du segment inférieur de l'utérus et la confection d'une collerette séreuse, destinée à éviter dans la cavité pelvienne la présence de toute surface cruentée, nous ne pouvons manquer de conseiller aux chirurgiens qui ont adopté les grandes lignes de notre méthode d'en adopter aussi les détails.

Le manuel opératoire, tel que nous l'avons décrit au Congrès de Genève, est à la fois le plus simple et le plus sûr de tous. H. Delagénère, qui signale ses opérations comme toujours longues et accuse 20 à 25 minutes pour enlever la tumeur et souvent 1 heure 1/2 pour faire l'hémostase et fermer le péritoine, est donc loin d'avoir simplifié notre méthode.

Les modifications de détail qu'il propose sont inutiles et prolongent au-delà d'une heure ou d'une heure et demie une intervention que nous terminons en 20, 30 ou 40 minutes. De plus, bien des tumeurs enlevées par Delagénère en 1 heure et demie ou 2 heures pèsent seulement 600 gr., 800 gr., 1200 gr. (2) et sont justiciables de l'hystérectomie vaginale. Le procédé mixte de Delagénère, qui nous emprunte la confection de la collerette séreuse, à laquelle il doit ses succès, tout en demeurant tributaire de Péan pour les lenteurs de l'énucléation de la tumeur et de l'hémostase, est donc une méthode *rétrograde*.

Martin, dont l'habileté opératoire est bien connue, opère beaucoup plus vite. Son procédé est cependant moins rapide et moins sûr que le nôtre. Comparons les différents temps de chacun d'eux :

Martin, qui fait ses ligatures avec une sûreté et une rapidité étonnantes,

(1) *Bull. of the John Hopkins Hosp.* Baltimore, février-mars 1896, page 27.

(2) *Arch. Prov. de Chir.*, 1894, p. 434 et 435, N° 5, 8, 10, et 1895; p. 518 et 519, N° 13, 15, 16.

emploie dans une hystérectomie abdominale totale durant en tout, y compris la fermeture du ventre, 30 minutes, 20 minutes à enlever la tumeur, 5 minutes à fermer le péritoine et 5 minutes à fermer le ventre.

Il ne nous faut, au contraire, que 5 minutes pour extirper la tumeur, de telle sorte que, 4 ligatures au plus suffisant d'habitude pour l'hémostase artérielle bi-latérale, nous terminons souvent l'opération, y compris les sutures de la peau, en 20 à 25 minutes.

Nous pratiquons ainsi *rapidement* le *premier temps* de l'opération, l'ablation de la tumeur, et c'est grâce à cette énucléation rapide que nous n'avons à redouter aucune perte de sang.

La tumeur enlevée, nous employons pour l'hémostase définitive et la fermeture du péritoine non pas 5 à 10 minutes comme Martin, mais 15 à 20 minutes. Notre opération est donc terminée plus vite que celle de Martin, la perte de sang est beaucoup moins considérable et, en outre, point capital pour le pronostic, la toilette et la fermeture du péritoine sont beaucoup plus parfaites. Nous ne croyons donc pas qu'il y ait intérêt à modifier le moindre détail de notre manuel opératoire.

Notre procédé, tel que nous l'avons décrit à Anvers, à Berlin et à Genève, n'est en effet ni difficile, ni dangereux. Il est le plus simple et le plus sûr de tous. Chacun peut l'employer avec confiance, et on sera étonné de voir combien il est facile, sectionnerait-on, par hasard, l'arcade utéro-ovarienne elle-même pendant l'isolement du premier ligament large, de faire, à ciel ouvert, l'hémostase.

Le col s'enlève si facilement et la collerette péritonéale antérieure se confectionne si bien d'elle-même pendant ce déroulement de la tumeur de droite à gauche, qui vient la dépouiller du ligament large de ce côté, que ceux qui auront suivi une seule fois notre description de point en point n'accepteront plus d'autre procédé. Et nous sommes heureux d'apprendre chaque jour que de nouveaux collègues, après avoir assisté à nos opérations, ont opéré avec succès par notre méthode rapide, avec ce mépris de l'hémorragie que nous revendiquons l'honneur d'avoir le premier vulgarisé, et qui est le meilleur moyen de ne pas perdre de sang, ainsi que nous le démontrons journellement dans nos séances opératoires.

III. -- Traitement chirurgical des Rétro-déviations utérines ⁽¹⁾.

Nous traitons les cas de rétro-déviations utérines douloureuses par une double intervention : Raccourcissement de la paroi utérine antérieure et Opération d'Alexander.

Notre procédé de redressement de l'utérus par la voie vaginale porte sur l'utérus lui-même. Il ne présente donc aucun des inconvénients des procédés préconisés jusqu'alors.

Le col, saisi avec deux pinces à griffes, comme pour l'hystérectomie vaginale, nous l'abaïssons à la vulve. C'est là le procédé le meilleur et le plus simple pour réduire d'emblée la rétroversion. La traction directe agit ici comme agit, dans une réduction de fracture de jambe, la traction simple sur le pied. L'utérus redressé et abaïssé, nous incisons le cul-de-sac antérieur du vagin, comme dans le second temps de notre procédé d'hystérectomie vaginale; nous décollons la vessie et nous ouvrons le cul-de-sac antérieur du péritoine. Nous passons immédiatement à ce niveau et transversalement, à l'aide d'un porte aiguille spécial, un fil de soie dans la couche superficielle du corps de l'utérus. L'autre chef est fixé à la partie inférieure de la portion sus-vaginale du col. Cette ligature, en raccourcissant la surface extérieure de la paroi utérine antérieure, redresse l'organe, sans incurver le moins du monde la direction du canal cervical. Nous plaçons, au-dessus du premier fil, une ligature de renfort, et nous refermons, par un surjet au crin de Florence, dont les deux extrémités sont simplement arrêtées sur un tube de gomme, la plaie vaginale.

Cette opération demande 3 à 6 minutes. Nous la complétons en raccourcissant de 8 à 10 centimètres, après incision de la paroi antérieure du canal inguinal, les deux ligaments ronds.

Souvent nous pratiquons, dans la même séance, l'opération d'Emmet et de Schröder. Il nous est arrivé de compléter l'intervention par la fermeture d'une large fistule recto-vaginale et une périnéorrhaphie totale, le tout, y compris l'opération d'Alexander, l'hystéropexie et l'autoplastie du col, en 30 minutes. Cette malade est sortie de notre clinique, guérie, au bout de 13 jours.

La méthode que nous préconisons est simple et nous a donné d'excellents résultats.

(1) Doyen. Communication au *Congrès de Gyn.* de Genève, septembre 1896.

IV. — Du meilleur mode de fermeture de l'abdomen ⁽¹⁾.

La fermeture de l'abdomen, après la laparotomie, présente beaucoup moins de difficultés chez la femme que chez l'homme, et dans la région sous-ombilicale qu'au voisinage de l'appendice xiphoïde. Ainsi le rapprochement des lèvres de la séreuse et de la ligne blanche est souvent tellement difficile, au-dessus de l'ombilic, chez les sujets maigres, qu'il est indispensable d'employer de la soie très forte. Les sutures rapprochées à la soie exposent, en dehors de toute infection des fils ou de la plaie, à l'élimination de ces derniers, d'autant moins bien tolérés que la paroi abdominale est plus chargée de graisse.

Chez la femme, dans la région ombilicale et sous-ombilicale, qui seule doit être envisagée dans ce Congrès spécial de Gynécologie, nous fermons la plaie par une double suture.

1° Suture péritonéo-aponévrotique à points séparés, au catgut de Reverdin, dégraissé et stérilisé à la chaleur sèche et que nous chauffons ensuite dans l'alcool phéniqué. 2° Suture de la peau au crin de Florence. Nous ne fermons le péritoine et l'aponévrose en surjet que dans les cas de petites incisions et de tension nulle des parois abdominales. Si la couche adipeuse sous-cutanée est très épaisse, nous la rapprochons par deux ou trois sutures de catgut médiocrement serrées et très espacées.

Nous suturons la peau en surjet au crin de Florence, avec une aiguille spéciale, aplatie à son extrémité, comme nos aiguilles à manche, de droite à gauche, et, dans son autre moitié, sur le plat. Cette portion est striée, de manière à être facilement saisie entre le pouce et l'index, et possède en outre un chas disposé de telle manière que le fil s'y trouve naturellement retenu.

Nous avons fait construire trois modèles de ces aiguilles : une pour le crin de Florence ; deux pour le catgut et la grosse soie.

1) Doyen. — Communication au Congrès de Gyn. de Genève, sept. 1896.



TYPOGRAPHIE



EDMOND MONNOYER

LE MANS (SARTHE)



INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE

Paris, 14, Boulevard Saint-Germain, 14, Paris

Viennent de Paraître :

DE LA

CHLOROFORMISATION A DOSES FAIBLES ET CONTINUES

Par Marcel BAUDOUIN

Travail couronné par l'Académie de Médecine (Prix Alvarenga),
Mention de l'Académie des Sciences (Prix Barbier).

Brochure de 88 pages, avec 3 figures.

PRIX : 2 francs 50.

DU SERVICE DES

PROMPTS SECOURS CHIRURGICAUX EN CAS D'ACCIDENTS

Par Marcel BAUDOUIN

Chargé de Mission aux Etats-Unis,
Organisateur de l'Exposition française de Médecine à Chicago.

Une belle Brochure gr. in-8 de 50 pages, avec 9 fig. dans le texte.

PRIX : 3 francs.

L'HOPITAL DE PROMPTS SECOURS DE L'EXPOSITION DE 1900 UN ESSAI

D'ASSISTANCE CHIRURGICALE INSTANTANÉE

Rapport sur un Projet d'organisation du Service médico-chirurgical de
l'Exposition de 1900 adressé à M. le Commissaire Général.

Par Marcel BAUDOUIN

Une brochure gr. in-8 de 74 pages, avec 6 fig. dans le texte.

PRIX : 3 fr. 50.

CONTRIBUTION A LA CHIRURGIE DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

12 Observations personnelles de chirurgie stomacale et 20 cas d'entérotomie.

Par E. DOYEN

Brochure, très soignée, de 50 pages, avec 29 fig. dont 8 en couleurs.

PRIX : 3 francs.

QUELQUES OPÉRATIONS SUR LE FOIE & LES VOIES BILIAIRES

Cholécystotomie idéale ou à sutures perdues,
Cholédochectomie avec cholédochorraphie, etc., etc.

Par E. DOYEN

Brochure de 30 pages avec 17 figures.

PRIX : 2 francs.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET NÉOPLASIQUES DE L'UTÉRUS

Deux procédés inédits d'Hystérectomie abdominale et vaginale.
La castration totale par le vagin.

Par E. DOYEN

2^e édition revue et complétée. — *Un beau volume in-8 de 125 pages
avec 47 fig. dans le texte, dont 20 en couleurs et*

6 photogravures à la demi-teinte. — PRIX : 5 francs.

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ETUDE DE

LA RÉSECTION PATHOLOGIQUE DE LA HANCHE

Observations avec Réflexions et Commentaires

Par E. VINCENT (de Lyon).

Brochure in-8 de 345 p. avec 79 fig. dans le texte. — PRIX : 8 francs.

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE

FONDATEUR : D^r Marcel BAUDOUIN

Bibliothèque Circulante. — Sciences Biologiques.

Fiches Bibliographiques circulantes — Fiches Analytiques circulantes — Traductions scientifiques

Analyses Scientifiques spéciales et Renseignements bibliographiques

Biblioeconomie: Table de Matières pour Journaux — Confection de Catalogues de Bibliothèques, etc.

Organisation de Congrès internationaux. — Comptes rendus de Congrès, etc.

PARIS. — 14, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 14. — PARIS.

Un savant, qui a fait des recherches sur une certaine question, un critique, qui a à rédiger une étude d'ensemble sur un sujet donné, ont besoin de savoir ce que d'autres auteurs ont vu, trouvé ou écrit avant eux sur la même question. Comment, dans une ville où ils n'ont aucune bibliothèque scientifique importante à leur disposition, les mettre à même de se procurer ces renseignements dont ils ont besoin ?

M. Marcel Baudouin a répondu à la question en créant la vaste organisation, actuellement unique au monde, qu'il a appelée l'*Institut international de Bibliographie scientifique*. C'est là une œuvre, due uniquement à l'initiative privée, qui est destinée à remplir une lacune, que les Gouvernements auraient dû combler depuis longtemps.

Cet Institut de Bibliographie comprend deux sections : l'une purement scientifique ; l'autre exclusivement commerciale. Toutes deux se complètent l'une l'autre et s'entraident fortement. Et, pour parler plus exactement, c'est la seconde qui fait vivre la première.

La première section constitue l'Institut proprement dit. Elle se compose des six services suivants : 1° *Bibliothèque scientifique circulante* (Prêt de livres à domicile, à Paris, en province ou à l'étranger) ; 2° *Service des Fiches Bibliographiques* (Indication sur *fiches mobiles* de tous les travaux, parus dans le monde entier, dans les différentes branches des Sciences). Ces fiches sont *prêtées* par séries classées par ordre idéologique, comme les livres, ou *vendues* ; 3° *Service des Fiches analytiques*. Ce sont des fiches plus détaillées que les précédentes comprenant, en une quinzaine de lignes, l'analyse du travail demandé. Elles ne se font que sur commandes spéciales, et sont prêtées comme les livres, ou vendues, par exemple, aux journaux scientifiques ; 4° Un service d'*Analyses scientifiques*. Si un savant désire qu'on lui analyse telle ou telle partie d'un ouvrage qui l'intéresse en 100, 200, 300 lignes, il lui suffit de s'abonner à ce service ; 5° Un service de *Traductions scientifiques*. On exécute sur commande toutes les traductions ; 6° Un service de *Renseignements ou Consultations bibliographiques*. On répond à toutes les questions posées pour tout ce qui a trait aux sciences pures et appliquées).

On peut s'abonner à chacun de ces différents services isolément, suivant ce dont on a besoin. Mais, quand on a souscrit à l'ensemble, on peut mener à bien n'importe quel travail sans posséder dans sa bibliothèque un seul livre.

Supposons, en effet, qu'on ait à écrire sur « *L'hystérectomie abdominale totale* ». Le service des *fiches* permet de se procurer par courrier toutes les indications *bibliographiques* nécessaires. La *Bibliothèque* envoie ensuite les livres dont on a besoin et qu'elle possède. Si on ne lit pas l'allemand, l'anglais, ou d'autres langues étrangères, le service des *Fiches analytiques* adresse un court résumé de ces travaux étrangers. Si l'un d'eux intéresse plus particulièrement, le service des *Analyses* peut en procurer un résumé de 100 ou 200 lignes. et, s'il est indispensable de le lire en entier, on peut même en faire la traduction in extenso.

La devise inscrite dans les bureaux de M. Baudouin : « Exactitude scientifique et célérité », indique quel est l'esprit de cet innovation. D'ailleurs, ceux qui connaissent le Directeur de l'Institut savent quelles sont ses habitudes, ses tendances et son but : Mettre à la portée de tous les éléments de travail que, jusqu'ici, on ne pouvait se procurer que dans les très grandes villes. C'est, en effet, l'idée de la décentralisation scientifique, dont il a été un des premiers champions, qui l'a amené à tenter de résoudre de cette façon si originale le fameux problème bibliographique, dont la solution menaçait de se faire attendre longtemps encore.